

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)  
INTERVENTION ENFANCE ET ADOLESCENCE

PAR  
SOPHIE CHAMPAGNE

EFFETS DU PROGRAMME CERCLE DE SÉCURITÉ PARENTAL AUPRÈS DE  
MÈRES D'ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE DE LA COMMUNAUTÉ DE  
KAHNAWAKE : UNE ÉTUDE PILOTE

AOÛT 2021

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

EFFETS DU PROGRAMME CERCLE DE SÉCURITÉ PARENTAL AUPRÈS DE  
MÈRES D'ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE DE LA COMMUNAUTÉ DE  
KAHNAWAKE : UNE ÉTUDE PILOTE

PAR

SOPHIE CHAMPAGNE

Claud Bisaillon, directrice de mémoire doctoral

Université de Sherbrooke

René Lemieux, évaluateur

Université de Sherbrooke

Julie Achim, évaluatrice

Université de Sherbrooke

## Sommaire

Les traumatismes historiques dus aux politiques d'assimilation culturelle du 20<sup>e</sup> siècle des Premières Nations du Canada ont encore des répercussions aujourd'hui sur les plans de la santé mentale et des relations intrafamiliales (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000), notamment sur la relation parent-enfant. Spécifique à cette relation, la fonction réflexive parentale (FRP) est reconnue comme étant déterminante pour la sécurité d'attachement chez l'enfant (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Ciblant la FRP et les représentations parentales afin de favoriser un attachement sécurisant, le programme Cercle de sécurité parental (COS-P; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2009) a été choisi par le *Step by Step Child and Family Center* de la communauté Mohawk de Kahnawake en raison de leurs valeurs communes. Ce projet est une étude pilote auprès de mères âgées entre 37 et 44 ans ( $n = 3$ ) d'enfants d'âge préscolaire de cette communauté et porte sur les effets du programme COS-P sur la FRP (*Parent Development Interview – Revised*, PDI-R; Aber, Slade, Berger, Bresgi, & Kaplan, 1985; Slade et al., 2004) et les représentations maternelles quant à l'enfant, à soi comme parent et à la relation parent-enfant (*Child Behavior Checklist – CBCL*; Achenbach & Rescorla, 2000; *Parental Stress Index – Short Form*, PSI-SF; Abidin, 1995). Suite au programme COS-P, il est attendu que la FRP des mères soit augmentée et que les représentations maternelles soient plus positives. Les données, recueillies avant et après le programme COS-P, font l'objet d'analyses descriptives visant à observer l'évolution des participantes par rapport à elles-mêmes. Les résultats montrent une certaine évolution quant aux variables ciblées chez chacune des participantes au terme du programme COS-P. Ces analyses descriptives

soulèvent des réflexions cliniques quant aux facteurs individuels ayant une possible influence sur les effets du programme, tels que les événements de vie négatifs, la perception de soutien social et conjugal et le degré d'intégration des expériences traumatiques passées. Les conclusions de l'étude suggèrent la poursuite de l'examen des effets du programme COS-P et des facteurs individuels sous-jacents à son efficacité. L'importance de considérer ces facteurs est mise en évidence chez les populations à risque. Enfin, cette étude pilote appuie la pertinence de cibler la FRP au sein des programmes d'intervention puisqu'elle constitue un facteur de protection, particulièrement auprès des populations à risque.

**Mots-clés:** Premières Nations du Canada, Cercle de sécurité parental, fonction réflexive parentale, représentations parentales.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des figures .....	vii
Liste des acronymes .....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Portrait des Premières Nations du Canada .....	5
L'attachement .....	8
La fonction réflexive parentale .....	11
Programmes d'intervention fondés sur la théorie de l'attachement .....	14
Le Cercle de sécurité et le Cercle de sécurité parental .....	15
Objectif et hypothèses de recherche .....	20
Méthode .....	21
Participants .....	22
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	22
Description de l'échantillon .....	22
Devis de recherche .....	24
Déroulement .....	24
Instruments de mesure .....	25
Programme d'intervention .....	29
Considérations éthiques .....	30
Résultats .....	31
Évolution de Sarah .....	32
Évolution de la FRP .....	33
Évolution des représentations maternelles .....	40
Événements de vie .....	41
Évolution de Lauren .....	41
Évolution de la FRP .....	42
Évolution des représentations maternelles .....	46
Événements de vie .....	47
Évolution de Katie .....	48
Évolution de la FRP .....	48
Évolution des représentations maternelles .....	54
Événements de vie .....	54
Discussion .....	56
Résumé de l'évolution de Sarah .....	57

Résumé de l'évolution de Lauren .....	58
Résumé de l'évolution de Katie .....	59
Retour sur les hypothèses proposées .....	59
Pistes explicatives .....	60
Suggestion de recherches futures .....	66
Implications cliniques .....	67
Forces et limites de l'étude .....	68
Conclusion .....	70
Références .....	74
Appendice A. <i>Parent Development Interview – Revised (PDI-R)</i> .....	86
Appendice B. Système de cotation de la FRP .....	88
Appendice C. Indices de FRP d'un niveau modéré à élevé .....	91
Appendice D. <i>Parental Stress Index – Short Form (PSI-SF)</i> .....	93
Appendice E. <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> .....	95
Appendice F. <i>Life Events Questionnaire (LEQ)</i> .....	97
Appendice H. Résumé des chapitres du programme Cercle de sécurité parental .....	102
Appendice I. Formulaire de consentement .....	105
Appendice J. Approbation éthique du projet de recherche .....	110

## **Liste des figures**

*Figure 1.* Scores de Sarah au PDI-R, au PSI-SF et au CBCL aux deux temps de mesure. . 33

*Figure 2.* Scores de Lauren au PDI-R, au PSI-SF et au CBCL aux deux temps de mesure. 42

*Figure 3.* Scores de Katie au PDI-R, au PSI-SF et au CBCL aux deux temps de mesure... 48

## Liste des acronymes

CBCL : *Child Behavior Checklist*

COS : Cercle de sécurité

COS-P : Cercle de sécurité parental

ÉM : États mentaux

FR : Fonction réflexive

FRP : Fonction réflexive parentale

LEQ : *Life Events Questionnaire*

PDI-R : *Parent Development Interview – Revised*

PSI-SF : *Parental Stress Index – Short Form*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

MTB : *Minding the baby*



## **Remerciements**

J'aimerais d'abord exprimer ma reconnaissance à Mme Claud Bisaillon, ma directrice de mémoire doctoral qui, à chaque étape, m'a accompagnée par sa bienveillance et son expertise. Merci aux mères qui ont généreusement partagé leur vécu et rendu possible ce projet.

Je tiens également à remercier les professeurs et superviseurs qui ont fait partie de mon parcours doctoral. Ils ont su apporter une grande richesse à ma formation clinique par leur dévouement, leur compétence et leur passion.

À mes chers collègues et amis du doctorat, j'ai été privilégiée de vous côtoyer. Merci pour ces années remplies de précieux souvenirs, qui ont façonné mon cheminement personnel et professionnel.

Milles mercis à mes amies proches, sur qui j'ai pu compter pour me distraire et me ressourcer à travers des moments de folie, de simplicité et d'humanité.

Je tiens aussi à témoigner ma profonde gratitude pour ma famille. Merci particulièrement à mes parents, qui m'ont offert un soutien inestimable à tous les niveaux tout au long de ma scolarité. Cet accomplissement n'aurait pu être réalisable sans vous.

Enfin, merci à mon conjoint. Merci pour ta présence, tes encouragements, ta compréhension, ta confiance en moi et tes innombrables petites attentions qui m'ont aidée à garder le cap. Nos projets futurs ont certes été sources de motivation et l'aboutissement de ce mémoire doctoral ouvre la porte à cette nouvelle étape de nos vies.

## **Introduction**

Les traumatismes intergénérationnels dus au contexte politique et social visant l'assimilation culturelle des Premières Nations du Canada au 20<sup>e</sup> siècle persistent aujourd'hui (Manusco, 2018). De multiples conséquences sont présentes à différents égards, notamment sur les plans de la santé mentale et des relations intrafamiliales (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000). Les pensionnats, le déracinement des enfants et la dévalorisation de la culture ont perturbé les structures familiales. La transmission des savoirs sur la parentalité aux nouvelles générations de parents a ainsi été entravée, ce qui a nui à la relation parent-enfant et fragilisé sa composante-clé, l'attachement de l'enfant (Boksa, Joobert, & Kirmayer, 2015). Considéré comme un facteur de protection pour l'adaptation et le développement de l'enfant s'il est de type sécurisant (Egeland & Farber, 1984), l'attachement peut également être lié à une trajectoire développementale moins adaptée s'il est de type insécurisant, particulièrement lorsque désorganisé (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Plusieurs caractéristiques parentales ont été étudiées en lien avec la formation de l'attachement chez l'enfant. Parmi celles-ci, il est relevé que la fonction réflexive a un rôle protecteur dans la transmission intergénérationnelle de l'attachement chez la mère qui a vécu un trauma lorsqu'enfant (Berthelot et al., 2015). Spécifique à la relation parent-enfant, la fonction réflexive parentale est reconnue comme un facteur déterminant pour le développement de la sécurité d'attachement chez l'enfant (Fonagy, Steele, Steele, & Moran, 1991).

Plusieurs programmes d'intervention fondés sur la théorie de l'attachement ont été créés afin d'améliorer la relation parent-enfant et l'attachement de l'enfant en s'intéressant à différentes caractéristiques parentales (Berlin, 2005). Parmi ceux-ci, le programme de groupe Cercle de Sécurité (COS) cible des variables centrales dans la relation d'attachement, telles que la fonction réflexive parentale et les représentations maternelles, favorisant ainsi un attachement sécurisant chez l'enfant (Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2002). Le programme Cercle de sécurité parental (COS-P) partage les mêmes objectifs mais consiste en une version brève à visée préventive, plus accessible en termes de temps et de ressources humaines (COS-P; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2009). Plus récent, ce programme a fait l'objet de moins d'études empiriques démontrant son efficacité, même si sa pertinence clinique est bien établie.

La présente étude pilote a pour objet l'exploration des effets du programme COS-P sur la fonction réflexive parentale et les représentations maternelles de mères d'enfants d'âge préscolaire de la communauté Mohawk de Kahnawake. Fondé sur des valeurs rejoignant celles de cette dernière, le programme COS-P a été sélectionné par le *Step by Step Child and Family Center* de Kahnawake afin de soutenir la guérison et le mieux-être de la communauté. Considérant la nature de ce projet et les analyses effectuées, les résultats de la présente étude ne sauraient être généralisés ni prétendre à un lien de causalité entre le programme COS-P et l'évolution des participantes. En revanche, il est souhaité que l'analyse descriptive des facteurs individuels liés à l'évolution des participantes permette d'approfondir la réflexion clinique sur les facteurs sous-jacents aux effets du programme COS-P, ainsi que sur les futures interventions auprès de communautés autochtones.

## **Contexte théorique**

Cette section présente d'abord les Premières Nations du Canada et les traumatismes intergénérationnels les affectant. Ensuite, la théorie de l'attachement est décrite, ainsi que les variables à l'étude, la fonction réflexive parentale et les représentations parentales. Par après, les programmes d'intervention fondés sur la théorie de l'attachement sont abordés. Le programme COS-P est alors discuté de façon plus détaillée. Enfin, l'objectif de la présente étude et les hypothèses de recherche sont précisés.

### **Portrait des Premières Nations du Canada**

Les populations autochtones du Canada regroupaient près de 1 675 000 personnes en 2016, dont 977 000 parmi les Premières Nations, soit 2,8 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2017). Les Premières Nations correspondent aux peuples autochtones, les premiers habitants du territoire actuel du Canada, autres que les Métis et les Inuits. Elles sont composées de centaines de nations et communautés, dont les Mohawks de Kahnawake (L'Encyclopédie Canadienne, 2019). Celles-ci se distinguent par leurs particularités historiques, sociales et culturelles. Néanmoins, bien que les Premières Nations ne forment pas une population homogène, elles partagent des caractéristiques communes. Le contexte historique et culturel dans lequel elles ont évolué influence à ce jour leur mode de vie. Au 20<sup>e</sup> siècle, plusieurs centaines de milliers d'enfants ont été retirés de leur famille et de leur communauté afin d'être relocalisés dans des familles extérieures ou dans des pensionnats dans un but d'assimilation culturelle

(L'Encyclopédie Canadienne, 2016). Caractérisée par des conditions de vie difficiles et des abus d'ordres émotionnel, physique et sexuel (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000), ces événements constituent un trauma collectif et intergénérationnel ayant des conséquences sur les plans économique, de la santé physique et de la santé mentale des individus et des communautés.

La marginalisation économique des Premières Nations le démontre (Kirmayer et al., 2000) par un niveau d'éducation et un revenu inférieurs à ceux de la population non-autochtone du Canada, ce qui entraîne des conséquences sur d'autres déterminants de leur vie, tels que l'insécurité alimentaire et de mauvaises conditions de logement (Gouvernement du Canada, 2013; Kirmayer et al., 2000; Rotenberg, 2016). Les individus des Premières Nations présentent jusqu'à deux fois plus de problèmes de santé chroniques que ceux de la population canadienne générale, tels que l'hypertension (22 %), l'arthrite (20 %), l'asthme (15 %) et le diabète de type deux (10 %). Le tabagisme (29 %), la consommation abusive d'alcool (26 %) et l'obésité (31 %) y sont également près de deux fois plus prévalents que dans la population canadienne générale (Rotenberg, 2016). Les problèmes de santé mentale, comme les troubles de l'humeur (15 %) et les troubles anxieux (14 %), sont également deux fois plus présents chez les peuples des Premières Nations que dans la population canadienne générale (Rotenberg, 2016). Plusieurs problématiques de santé mentale sont liées aux traumas historiques. Plus précisément, la discontinuité culturelle et l'oppression qui y sont associées s'accompagnent de taux plus élevés de dépression, d'alcoolisme, de violence et de suicide, et ce, particulièrement chez les jeunes (Kirmayer et al., 2000). D'ailleurs, les jeunes âgés de moins de 25 ans

représentent 48 % de la population des Premières Nations (Gouvernement du Canada, 2013). Selon une étude de McQuaid et al. (2017) portant sur les effets intergénérationnels et cumulatifs de la fréquentation de pensionnats dans l'histoire familiale sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide réalisée auprès de 5 277 adultes des Premières Nations, l'exposition d'un parent ou d'un grand-parent aux pensionnats est liée à un risque accru d'idées suicidaires (24,6 %) et de tentatives de suicide (13 %), tandis que cette exposition sur deux générations (parent et grand-parent) augmente davantage ces risques, qui s'élèvent respectivement à 27,1 % et 17,2 %. Chez les individus dont aucun parent ni grand-parent n'a fréquenté de pensionnat, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont moins prévalentes (16,1 % et 8,1 %, respectivement). Il importe de souligner également la présence de plusieurs facteurs de résilience au sein de ces communautés, en fonction desquels les taux de problèmes de santé mentale, de suicide ou d'abus de substance varient. Le sens de la communauté, le sentiment d'y appartenir et le sentiment d'auto-détermination au sein de celle-ci font partie de ces facteurs de résilience (Boksa, Joobar, & Kirmayer, 2015).

La perte de l'identité culturelle, une faible estime de soi, des sentiments de honte, de solitude et de confusion, ainsi que des conséquences liées aux abus vécus sont également considérés comme des conséquences psychologiques dues aux traumatismes historiques (L'Encyclopédie Canadienne, 2016), auxquelles s'ajoutent des perturbations sur le plan familial (Manusco, 2018). Les pensionnats ont eu pour effet d'altérer les structures familiales et communautaires de ces communautés, fragilisant les liens familiaux et compromettant la transmission des valeurs et des traditions entre les générations ainsi que



la conservation de l'identité culturelle (Kirmayer et al., 2000). La transmission du patrimoine culturel entre les générations a ainsi été fortement perturbée, considérant le fait que la démonstration et la tradition orale sont des moyens de transmission privilégiés au sein de ces communautés (Boursier, 2000), causant ainsi la perte de repères culturels, comme en témoigne le recul important de la langue mohawk (Feurer, 1991). Ce contexte social a privé les Premières Nations du plein accès à leurs ressources culturelles (Titley, 1986), fragilisant l'adaptation des enfants et des parents des nouvelles générations et plus particulièrement l'attachement parent-enfant, composante-clé de la relation parent-enfant (Boksa et al., 2015).

### **L'attachement**

L'attachement lie l'enfant à sa figure de soins (Bowlby, 1969/1982). Selon cette théorie, l'enfant se comporte instinctivement de manière à rechercher la proximité avec sa figure de soins principale, la plupart du temps la mère. Pour ce faire, il émet un ensemble de signaux, des comportements d'attachement (succion, pleurs, sourires), en vue de favoriser l'établissement et le maintien de cette relation. Afin de maximiser la réponse à ses besoins, l'enfant s'ajuste aux rétroactions offertes par la figure de soins et développe ainsi des stratégies comportementales (Bowlby, 1980). Initialement non dirigés, ces comportements d'attachement s'organisent au fil des interactions au sein d'un système d'attachement s'inscrivant spécifiquement dans la relation avec la figure d'attachement (Bowlby, 1969/1982). Cette relation d'attachement a pour fonction de sécuriser l'enfant en protégeant son intégrité physique et psychologique, ainsi que de soutenir son exploration du monde (Bowlby, 1969/1982; Bretherton, 1992).

Lorsque la figure d'attachement détecte de manière juste les signaux que l'enfant émet et qu'elle y répond de manière sensible, elle devient une base de sécurité pour l'enfant. Ce dernier est alors disponible pour l'exploration, ayant intériorisé un sentiment de sécurité (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Lorsque la figure d'attachement représente une base de sécurité adéquate, l'équilibre entre les besoins de recherche de proximité et d'exploration est possible et est caractéristique d'un style d'attachement sécurisant (Ainsworth et al., 1978). En effet, l'enfant qui intériorise son parent comme étant disponible, sécurisant et favorisant son exploration, se jugera comme étant digne de recevoir des soins et sera confiant dans ses initiatives (Bowlby, 1973; Bretherton, 1990). Le style d'attachement sécurisant représente un facteur de protection important (Egeland & Farber, 1984); il est associé à des capacités d'autorégulation plus développées ainsi qu'à de meilleures compétences sociales (Sroufe, 2005).

À l'inverse, lorsque la figure d'attachement se montre distante ou rejette l'enfant, celui-ci peut développer un attachement insécurisant-évitant. Lorsque la figure d'attachement se montre inconstante dans ses réponses aux besoins de l'enfant ou qu'elle contraint son exploration, ce dernier peut développer un attachement insécurisant-ambivalent (Ainsworth et al., 1978). Dans ces deux cas, l'enfant peut intérioriser son parent comme étant peu digne de confiance et peu fiable dans la réponse à ses besoins et risque de se percevoir comme étant indigne de recevoir des soins ou incompetent. Ces enfants au style d'attachement insécurisant sont susceptibles de suivre une trajectoire développementale à risque et de présenter des conséquences négatives associées, telles que des difficultés d'autorégulation (Fonagy & Target, 2002), un retrait social, de

l'agressivité, de l'anxiété et de la dépression (Atkinson & Goldberg, 2004). À l'âge adulte, ces conséquences négatives représentent un risque accru d'incarcération, de séparation des familles et de problèmes de santé mentale (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006).

Un autre style d'attachement insécurisant, l'attachement désorganisé (Main & Solomon, 1986), peut être observé chez l'enfant qui ne parvient pas à développer des stratégies comportementales organisées et manifeste plutôt des comportements atypiques, désorientés ou contradictoires vis-à-vis de sa figure de soins. L'enfant qui développe un attachement désorganisé est à risque de développer davantage de difficultés d'adaptation et de psychopathologies, particulièrement des troubles extériorisés (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Les processus par lesquels l'attachement de l'enfant se forme dans sa relation avec sa figure de soins demeurent à préciser (Sharp & Fonagy, 2008). La sensibilité parentale, correspondant à la capacité du parent à percevoir et à interpréter de façon juste les signaux et les besoins de l'enfant ainsi qu'à y répondre de manière conséquente (Bretherton, 2013), a été étudiée en lien avec la formation de l'attachement, mais les résultats n'expliquent qu'en partie la transmission de l'attachement (Beijersbergen, Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2012; De Wolff & van IJzendoorn, 1997; Egeland & Farber, 1984; Frodi, Grolnick, & Bridges, 1985; Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001; Zeegers, Colonnese, Stams, & Meins, 2017). À cet égard, une autre variable importante à considérer a émergé, la fonction réflexive parentale (Slade, 2005).

### **La fonction réflexive parentale**

La fonction réflexive (FR), aussi appelée capacité de mentalisation, correspond à la capacité de comprendre les comportements de soi et d'autrui, en considérant les états mentaux (ÉM) qui sont sous-jacents, ce qui permet de faire sens des comportements et d'anticiper ceux à venir (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy & Target, 1998). Elle se situe au cœur des relations interpersonnelles, par son rôle au niveau de l'autorégulation, la communication, la compréhension de l'autre, l'intimité ainsi que dans la distinction des ÉM de soi et d'autrui (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). La FR joue également un rôle protecteur face aux traumatismes. En effet, elle serait médiatrice de la relation entre un trauma vécu en jeune âge et le risque de psychopathologies ultérieures. Plus précisément, la capacité d'interpréter l'expérience traumatique de manière réflexive diminue le risque des individus ayant vécu un trauma en bas âge de développer un trouble de personnalité limite (Fonagy et al., 1995). La FR influence aussi la transmission de l'attachement des mères ayant vécu de la négligence ou de l'abus à l'enfance. Une étude effectuée auprès de mères canadiennes ( $n = 57$ ) de la population générale rapporte que les enfants de ces mères sont en effet plus à risque de développer un attachement insécurisant ou désorganisé. La pertinence d'aider ces mères à explorer les conséquences du trauma sur elles-mêmes et sur leur rôle de mère est ainsi soulignée (Berthelot et al., 2015).

La fonction réflexive parentale (FRP) consiste en la FR appliquée dans le contexte parental, soit la capacité du parent à tenir compte des ÉM de son enfant ainsi que des siens, de les lier ensemble et également aux comportements pour être en mesure de les interpréter (Slade, 2005). Cela nécessite donc que le parent puisse se représenter l'expérience interne

de son enfant, notamment ses besoins, ses émotions, ses pensées et ses intentions, comme étant distincts des siens (Slade, 2005). Il est important de noter que la FRP ne se déploie pas chez un individu de façon constante. Elle peut notamment diminuer en contexte de stress (Allen, 2012). Différents éléments peuvent influencer sur le niveau de stress ressenti, tels que la perception de manque de soutien social (Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996) ainsi que des événements de vie difficiles (Neece, Green, & Baker, 2012). Dans une revue de la documentation, Rabkin et Struening (1976) rapportent que les événements de vie occasionnent nécessairement des changements dans la vie de l'individu et sollicitent ses capacités adaptatives, ce qui engendre du stress. De plus, des événements vécus simultanément augmentent l'intensité du stress ressenti.

La FRP peut être mesurée par l'administration du *Parent Development Interview – Revised* (PDI-R), auquel est ensuite appliqué le système de cotation de la FRP (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy, & Locker, 2004). Le PDI-R est considéré comme étant la mesure la plus fiable de la FRP (Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Il est proposé que l'étude de la FRP permettrait de mieux saisir le phénomène de transmission intergénérationnelle de l'attachement.

Plusieurs recherches ont visé à comprendre le lien entre la FRP et la relation parent-enfant, le développement de l'enfant et l'attachement de l'enfant. L'influence de la FRP sur la relation mère-enfant est reconnue. En effet, au sein d'un échantillon de mères américaines ( $n = 95$ ) de la communauté, la FRP expliquait davantage le comportement maternel, c'est-à-dire les commentaires maternels faisant référence aux ÉM de l'enfant (*mind-minded comments*) et les comportements interactifs maternels (sensibilité

maternelle, intrusion, affect positif, anxiété, rejet, colère), que d'autres variables liées à la mère, telles que le niveau d'éducation ou les symptômes dépressifs (Rosenblum, McDonough, Sameroff, & Muzik, 2008). Parmi un échantillon de mères américaines de milieu socio-économique favorisé ( $n = 45$ ), le comportement maternel est suggéré comme médiateur de la relation entre la FRP et l'attachement de l'enfant (Grienberger, Kelly, & Slade, 2005). Plus précisément, la méta-analyse (13 études) de Zeegers et al. (2017) s'intéressant aux prédicteurs de la sécurité d'attachement de l'enfant identifie la sensibilité parentale comme médiatrice de la relation entre la FRP et l'attachement de l'enfant. Il est aussi proposé que la FRP soit inhérente à la sensibilité parentale (Slade, 2005). Par ailleurs, il est rapporté que la FRP a un impact protecteur sur le développement de l'enfant, plus particulièrement quant au risque de psychopathologies (Sharp & Fonagy, 2008; Slade, 2005), tel que montré au sein d'une étude danoise examinant un échantillon clinique ( $n = 38$ ) d'enfants souffrant d'un trouble anxieux (Esbjörn et al., 2013). En ce qui concerne l'attachement, une FRP élevée serait associée à la sécurité d'attachement chez l'enfant, tel qu'observé au sein d'un échantillon de la population générale ( $n = 200$ ) composé de mères et de pères britanniques (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991), parmi un échantillon de la population générale ( $n = 40$ ) de mères américaines (Slade et al., 2005), ainsi que dans la méta-analyse de Zeegers et al. (2017) portant sur 13 études. Cette méta-analyse met en relief d'une part, l'effet direct de la FRP sur l'attachement de l'enfant et d'autre part, son incidence indirecte par l'entremise de ses effets sur la sensibilité parentale. Il apparaît ainsi que la FRP constitue une variable importante à approfondir en lien avec la compréhension des processus sous-jacents à la

transmission intergénérationnelle de l'attachement et par conséquent dans l'intervention auprès des dyades mère-enfant. La FRP est d'ailleurs considérée comme étant un possible mécanisme de changement chez les mères, se situant entre le monde représentationnel et les comportements (Rosenblum et al., 2008; Slade et al., 2005). L'importance d'inclure le développement de la FRP comme cible thérapeutique dans les programmes d'intervention mère-enfant apparaît ainsi évidente.

### **Programmes d'intervention fondés sur la théorie de l'attachement**

La plupart des programmes fondés sur la théorie de l'attachement ciblent la sensibilité parentale, les représentations parentales ou la FRP afin de favoriser un attachement sécurisant chez l'enfant (Berlin, 2005).

La sensibilité parentale est opérationnalisée par certains comportements parentaux, tels que le décodage des signaux de l'enfant et la réponse parentale associée (Ainsworth et al., 1978). Une méta-analyse (70 études) s'intéressant à l'efficacité de programmes ciblant la sensibilité parentale rapporte que plusieurs sont effectivement associés à une augmentation de celle-ci (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Par ailleurs, cette méta-analyse révèle que les programmes efficaces pour augmenter la sensibilité parentale permettent également d'améliorer l'attachement de l'enfant, suggérant une relation entre les deux variables. L'efficacité de la rétroaction vidéo afin d'augmenter la sensibilité parentale est également rapportée.

Les représentations parentales (soi comme parent, l'enfant, la relation) sont ciblées par plusieurs programmes, étant considérées comme davantage centrales dans la relation

parent-enfant que les représentations d'attachement du parent dans sa relation avec ses propres parents (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). À travers une étude longitudinale de trois ans effectuée auprès de 43 familles britanniques ayant adopté un ou des enfants victimes de négligence ou d'abus, une comparaison entre les représentations d'attachement des mères dans leur relation avec leurs propres parents et les représentations parentales actuelles des mères par rapport à leur(s) enfant(s) adopté(s) a été effectuée. Il s'est avéré que ces dernières prédisent davantage l'attachement de l'enfant (Steele et al., 2007).

La FRP est la cible de plusieurs programmes étant donné son impact sur l'attachement de l'enfant (Slade, 2007). Le programme *Minding the baby* (MTB) en est un exemple, ayant pour objectif de favoriser l'attachement de l'enfant par le développement de la FRP chez des dyades mère-enfant vulnérables (Sadler, Slade, & Mayes, 2006). Dans le cadre d'une étude pilote auprès de 105 familles américaines, MTB s'est montré efficace pour favoriser l'attachement sécurisant et améliorer la FRP chez des mères à haut risque (Sadler et al., 2013).

Toutes associées à un attachement sécurisant, la sensibilité parentale, les représentations parentales et la FRP sont ciblées au sein d'un même programme d'intervention : le Cercle de sécurité et le Cercle de sécurité parental.

### **Le Cercle de sécurité et le Cercle de sécurité parental**

Considérant l'importance d'interventions préventives et thérapeutiques chez les dyades mère-enfant, un programme précoce d'intervention de groupe basé sur la théorie



de l'attachement a été développé : le Cercle de sécurité (COS; Marvin, Cooper, Hoffman, & Powell, 2002). Une version brève à visée préventive, plus accessible, le Cercle de sécurité parental (COS-P; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2009), a pour but de favoriser un attachement sécurisant au sein de dyades mère-enfant afin de promouvoir une trajectoire développementale plus adaptée pour l'enfant (Marvin et al., 2002).

Le programme COS s'appuie sur des construits cliniques et théoriques établis dans la documentation scientifique (Marvin et al., 2002), notamment les travaux de Bowlby (1969/1982) et Ainsworth (1978). Les données empiriques démontrant son efficacité sont toutefois récentes et moins exhaustives. Néanmoins, quelques études ont visé à étudier les effets du programme sur plusieurs variables, telles que la sensibilité parentale, les représentations parentales et la FRP. Les études de Huber, McMahon et Sweller (2015, 2016) auprès de dyades parent-enfant australiennes ( $n = 83$ ) provenant d'une population clinique révèlent une augmentation significative de la FRP et des représentations parentales positives de l'enfant et de la relation parent-enfant (Huber et al., 2015). Une diminution du stress parental et des symptômes psychologiques du parent, associée à des représentations parentales plus positives vis-à-vis de son enfant et de ses capacités parentales ont également été observées (Huber et al., 2016). La méta-analyse (10 études) de Yaholkoski, Hurl et Theule (2016) souligne quant à elle une amélioration significative de la qualité des soins, soit des réponses parentales adéquates aux besoins de l'enfant, et du sentiment d'auto-efficacité du parent, ainsi qu'une diminution significative des symptômes dépressifs chez le parent au sein de plusieurs populations à risque (Yaholkoski et al., 2016).

Plus récent, le programme COS-P a fait l'objet de moins d'études à ce jour. Maxwell et al. (2021) ont examiné son efficacité auprès de parents australiens d'une population clinique divisés en un groupe d'intervention ( $n = 201$ ) et un groupe de contrôle ( $n = 55$ ). Les résultats révèlent une augmentation de la FRP et du sentiment d'auto-efficacité parental quant à l'empathie et l'affection portées à l'enfant, ainsi qu'une diminution de l'impuissance parentale, de l'hostilité envers l'enfant et des symptômes dépressifs chez les mères ayant participé au programme, comparativement aux mères du groupe de contrôle. Des résultats similaires ont été observés chez les pères (Maxwell et al., 2021). De plus, à la suite du programme COS-P, une baisse du stress parental a été observée auprès de 28 mères australiennes de la communauté (Perrett, Spies, & Dolby, 2015) et de 15 mères australiennes d'un échantillon clinique (Kohlhoff, Stein, Ha, & Meiaha, 2016). Au sein de ce même échantillon, une diminution de l'impuissance parentale et de sentiments négatifs (peur, colère, rejet) envers l'enfant a aussi été rapportée. Une étude effectuée auprès d'un petit groupe ( $n = 9$ ) de mères américaines suivies pour une dépendance aux substances a suggéré que COS-P puisse améliorer certains facteurs parentaux liés à la maltraitance de l'enfant. Une diminution des pratiques disciplinaires dysfonctionnelles, telles que des comportements laxistes, réactifs et hostiles envers l'enfant, a notamment été relevée (Horton, 2013). Au Québec, une amélioration des représentations parentales a été observée chez quatre mères québécoises recevant des services de première ligne (Richard-Fortier & Bisailon, 2016), mais sans augmentation de la FRP (Navarro & Bisailon, 2017). L'étude de Rostad (2014) effectuée auprès de parents américains d'une population clinique répartis en un groupe d'intervention ( $n = 24$ )

et un groupe de contrôle ( $n = 13$ ) révèle également peu de résultats significatifs au niveau de la FRP, cible de l'intervention, mais également quant à la qualité de la relation parent-enfant (implication parentale, communication, discipline, soutien à l'autonomie de l'enfant, satisfaction parentale, soutien parental) et aux symptômes dépressifs du parent. Le petit échantillon et le taux d'attrition élevé menant à un pouvoir statistique réduit sont identifiés comme hypothèses explicatives (Rostad, 2014). Des études demeurent ainsi nécessaires afin d'approfondir l'examen des effets du programme COS-P et de mieux cerner les populations susceptibles d'en bénéficier. Contrairement au programme COS conçu pour des populations à risque, le programme COS-P a été développé pour des populations à faible risque. Il est toutefois offert actuellement à des populations cliniques ou à risque compte tenu de sa plus grande accessibilité en matière de formation et de ressources.

Par ailleurs, le programme COS-P fait présentement l'objet d'une adaptation culturelle (Émond-Bouchard & Bisaillon, en préparation). Il s'avère important de considérer la culture et les facteurs de résilience dans l'intervention en santé mentale auprès des Premières Nations, ce qui demeure difficile étant donné la stigmatisation, la discrimination et la faible compréhension des valeurs et traditions de ces communautés par les intervenants (Boksa et al., 2015). Il est démontré que la culture influence différents facteurs du processus thérapeutique, dont son efficacité, et que les interventions qui sont culturellement significatives sont en effet reconnues comme étant plus efficaces que celles qui n'ont pas été adaptées (Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodriguez, 2009). Même si l'importance de considérer les valeurs culturelles est reconnue, les modèles de

traitement en santé mentale demeurent centrés sur les valeurs occidentales, où l'emphasis est mise sur l'individu plutôt que sur la communauté (Pedersen, 2004). L'adaptation culturelle du programme COS-P auprès de la communauté Mohawk s'avère donc pertinente et porteuse d'espoir pour l'intervention future auprès des dyades mère-enfant, permettant de s'appuyer sur les valeurs et les facteurs de résilience qui sont propres à cette communauté.

Le programme COS-P a été sélectionné par le *Step by Step Child and Family Center* de Kahnawake, qui est un Centre de la petite enfance offrant des services visant à favoriser le bien-être physique, socio-émotionnel et culturel des enfants et familles de la communauté Mohawk de Kahnawake, dans le but de soutenir la guérison et le mieux-être de la communauté (*Step by Step Child and Family Center*, n.d.). Le programme COS-P s'appuie sur l'importance des liens familiaux, la connexion entre les individus et le respect de l'enfant, de la famille et de la culture, primordiaux au sein de la communauté. Ciblées par le programme COS-P, les compétences parentales sont également considérées comme centrales par les membres de la communauté afin de favoriser l'adaptation des enfants et la relation d'attachement parent-enfant (Powell et al., 2009; *Step by Step Child and Family Center*, n.d.). L'importance de favoriser l'attachement sécurisant est partagée par le programme COS-P et le *Step by Step Child and Family Center* en tant que facteur de protection reconnu. La FRP se montre centrale à cet effet, étant donné son importance vis-à-vis des traumatismes historiques découlant des pensionnats autochtones (Berthelot et al., 2015; Kirmayer et al., 2000). Tel que rapporté précédemment, plusieurs facteurs de risque sont présents au sein de la communauté. Toutefois, de nombreux facteurs de résilience

sont également à considérer, teintés par le pouvoir et la paix. Ultimement, le programme COS-P vise à participer au processus de guérison de la communauté de Kahnawake.

### **Objectif et hypothèses de recherche**

Ce projet a pour but d'examiner, au sein d'une étude pilote, les effets du programme COS-P sur la FRP et les représentations maternelles de mères d'enfants d'âge préscolaire de la communauté Mohawk de Kahnawake.

Afin de répondre à cet objectif, deux hypothèses sont définies. Suite au programme COS-P, il est attendu que les mères montrent 1) une augmentation de leur FRP, telle que déterminée par le score global obtenu à l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif appliquée au PDI-R (Slade et al., 2004) et 2) des représentations maternelles de l'enfant, de soi comme mère et de la relation mère-enfant plus positives, telles que mesurées par les échelles du PSI-SF et du CBCL et se traduisant par une diminution des difficultés perçues par la mère quant à l'enfant, à soi comme mère et à la relation mère-enfant.

## **Méthode**

Cette section détaille les critères de recrutement et la composition de l'échantillon. Le devis de recherche, le déroulement, les instruments de mesure et le programme d'intervention sont ensuite présentés.

### **Participants**

L'échantillon de la présente étude est composé de trois mères ( $n = 3$ ) d'enfants d'âge préscolaire de la communauté de Kahnawake, participant au programme COS-P.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Afin de former l'échantillon, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été fixés. D'une part, les critères d'inclusion veillaient à ce que les participantes se portent volontaires et soient motivées à participer au programme COS-P afin d'améliorer leur relation avec leur enfant, qui devait être âgé de trois à cinq ans. Les critères d'exclusion étaient un diagnostic de déficience intellectuelle chez la mère ou l'enfant, un trouble de santé mentale ou de toxicomanie non stabilisé chez la mère ou un recours à des services auprès de la Direction de la protection de la jeunesse.

### **Description de l'échantillon**

L'échantillon est composé de trois mères ( $n = 3$ ) d'enfants d'âge préscolaire, âgés en moyenne de quatre ans au début du programme. Les mères sont quant à elle âgées en moyenne de 41 ans. Elles font toutes partie de la communauté de Kahnawake. Les

informations relatives à l'état civil, l'occupation, le niveau de scolarité et le revenu familial annuel sont détaillées pour chaque participante. Dans le but de préserver la confidentialité des participantes, un prénom fictif leur a été attribué. Dans la même optique, le genre des enfants ne sera pas précisé et le genre masculin sera utilisé pour désigner chaque enfant.

Sarah a 37 ans. Elle est la mère d'un enfant âgé de trois ans et 11 mois, identifié pour le programme COS-P, et d'un enfant d'un an et 11 mois. Sarah est propriétaire d'une maison où elle réside avec le père de ses enfants, dont elle est conjointe de fait. Sarah est titulaire d'une maîtrise en prévention des dépendances et travaille à temps complet. Le revenu annuel familial brut se situe entre 40 000 \$ et 49 999 \$.

Lauren a 44 ans. Elle est la mère de quatre enfants, âgés de 22 ans et 10 mois, 17 ans et trois mois, deux ans et cinq mois, et quatre ans et un mois. Ce dernier est ciblé dans le cadre du programme COS-P. Lauren et le père de ses enfants sont mariés et propriétaires d'une maison. Elle est titulaire d'un baccalauréat en affaires et travaille à temps complet. Le revenu annuel familial brut est supérieur à 100 000 \$.

Katie a 42 ans. Elle est la mère de trois enfants, âgés d'un an et cinq mois, 11 ans et sept mois, et de trois ans et 11 mois. Ce dernier est identifié pour le programme COS-P. Elle est propriétaire d'une maison avec le père de ses enfants, dont elle est conjointe de fait. Katie est titulaire d'une maîtrise en gestion et travaille à temps complet. Le revenu annuel familial brut se situe entre 50 000 \$ et 74 999 \$.



### **Devis de recherche**

Un devis pré-expérimental de type pré-test/post-test à groupe unique a été utilisé pour la réalisation de la présente étude. Deux temps de mesure sont considérés (avant et après le programme COS-P) en vue d'étudier l'évolution des participantes par rapport à elles-mêmes suite au programme selon les variables identifiées.

### **Déroulement**

Afin de recruter les participantes, des affiches ont été diffusées au *Step by Step Child and Family Center* de Kahnawake et invitaient les mères qui étaient intéressées à se joindre à un groupe de réflexion sur l'attachement de leur enfant à participer au programme COS-P. Une animatrice du groupe COS-P a contacté les mères inscrites au groupe dans le but de leur présenter le projet de recherche. Celles-ci pouvaient autoriser ou non la chercheuse principale de la présente étude à communiquer avec elles afin de leur expliquer le projet en détail. Le groupe d'intervention était initialement composé de huit mères. Une mère a dû mettre fin à sa participation après deux rencontres pour des raisons familiales. Sept mères ont terminé le programme et elles étaient toutes admissibles à l'étude. Cinq ont accepté d'y participer. Une mère s'est désistée pour la mesure au post-test, ce qui a nécessité son retrait de l'échantillon. De plus, un problème technique lié à un enregistrement audio a également nécessité le retrait d'une autre des participantes. Par conséquent, l'échantillon de la présente étude comporte trois mères ( $n = 3$ ).

Le programme et les rencontres d'expérimentation pré et post ont eu lieu au *Step by Step Child and Family Center* de Kahnawake. Le programme a été offert par deux

animatrices formées, via neuf rencontres de groupe d'une durée d'environ une heure trente chacune, à raison d'une rencontre par semaine. Les trois mères participant à l'étude ont participé à l'ensemble des rencontres. Les mères et leur enfant ont également participé à une rencontre d'expérimentation avant et après le programme pour une durée d'environ deux heures trente afin d'effectuer différentes tâches et questionnaires, individuellement et en dyade. Les intervalles entre les rencontres d'expérimentation pré et post étaient de quatre à six mois. La présente étude fait partie d'un projet de recherche plus large qui inclut également l'évaluation des effets du programme sur les enfants.

### **Instruments de mesure**

**Fonction réflexive parentale.** Le *Parent Development Interview – Revised* (PDI-R; Aber, Slade, Berger, Bresgi, & Kaplan, 1985) est une entrevue semi-structurée comprenant 45 questions et d'une durée d'administration approximative d'une heure (voir Appendice A). Durant l'entrevue, le parent est invité à partager sa compréhension des comportements, des pensées et des émotions de son enfant en illustrant ses propos par des exemples concrets. Son expérience affective en tant que parent et la relation parent-enfant sont également explorées. Les entrevues sont enregistrées en modalité audio, puis transcrites en vue d'effectuer la cotation. La FRP est cotée à l'aveugle quant au temps de mesure et à la participante par un codeur indépendant certifié, à l'aide du système de cotation de Slade et al. (2004), soit l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif appliquée au PDI-R (Slade et al., 2004). Les scores s'étendent de -1 (négative) à 9 (exceptionnelle), un score de 5 correspondant à une FRP qualifiée d'avérée ou ordinaire (Appendice B). La cotation du niveau de FRP s'effectue à partir des réponses à certaines

questions du PDI-R sollicitant la capacité réflexive. Des indices de FRP qui sont caractéristiques d'un niveau modéré à élevé de FRP (Appendice C) sont examinés au sein du discours : la conscience de la nature des ÉM, l'effort explicite pour faire ressortir les ÉM sous-tendant les comportements, la reconnaissance des aspects développementaux des ÉM, les ÉM en lien avec l'interviewer (Slade et al., 2004). Ce système présente des propriétés psychométriques satisfaisantes, avec une cohérence interne variant de 0,68 à 0,84 (Aber, Belsky, Slade, & Crnic, 1999) et un coefficient de fidélité inter juges moyen de 0,88 (Slade et al., 2004).

**Représentations maternelles.** Le *Parental Stress Index* (PSI; Abidin, 1995) est un questionnaire auto-rapporté évaluant la perception parentale de l'enfant, de soi en tant que parent et de la relation parent-enfant. La version courte du PSI (PSI-SF, 4<sup>e</sup> édition) est utilisée dans le cadre de cette étude (voir Appendice D). Elle comprend 36 items évalués sur une échelle de Likert allant de *Tout à fait en désaccord* (1) à *Tout à fait d'accord* (5). Un score global de stress parental est obtenu, ainsi que trois scores selon les échelles suivantes : *Détresse parentale*, *Enfant difficile* et *Interaction dysfonctionnelle parent-enfant*. Ces échelles sont utilisées pour cette étude et considérées comme des mesures quantitatives des représentations maternelles. Cet outil cible les perceptions du parent quant à des difficultés particulières et permet de distinguer les perceptions de soi comme parent, de l'enfant et de la relation parent-enfant. L'échelle *Détresse parentale* correspond à la perception du parent quant aux difficultés du rôle parental attribuables à des facteurs personnels, comme un trouble de santé mentale, un conflit avec le partenaire ou les contraintes de vie en lien avec les exigences du rôle parental. L'échelle *Enfant difficile*

réfère à la perception du parent relativement aux capacités d'autorégulation de l'enfant, par exemple l'humeur, l'hyperactivité ou la capacité d'adaptation. L'échelle *Interaction dysfonctionnelle parent-enfant* examine la perception du parent quant à son insatisfaction vis-à-vis de ses interactions avec son enfant (Haskett et al., 2006). Un score élevé constitue un indicateur de représentations parentales négatives, c'est-à-dire que le parent perçoit des difficultés relatives à son rôle parental, à son enfant ou à la relation parent-enfant. Afin d'interpréter les scores bruts obtenus au PSI-SF, les rangs centiles sont utilisés et obtenus à partir de la table de conversion du questionnaire. Un rang centile supérieur ou égal à 75 se situe dans la zone clinique. De plus, afin d'observer l'évolution des scores entre le pré-test et le post-test, un score moyen est calculé à partir des scores bruts obtenus à chacune des échelles du PSI-SF pour chaque temps de mesure. Les propriétés psychométriques du PSI-SF sont satisfaisantes, avec un indice de cohérence interne de 0,95 (Reitman, Currier, & Stickle, 2002) et une fidélité test-retest de 0,84 sur six mois (Abidin, 1995) et de 0,75 sur un an (Haskett, Ahern, Ward, & Allaire, 2006) pour le score global.

Le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000) est un questionnaire complété par le parent visant à évaluer le fonctionnement de l'enfant quant aux sphères comportementales, affectives et sociales (voir Appendice E). La version du questionnaire utilisée dans cette étude est celle conçue pour les enfants d'âge préscolaire (1,5 à 5 ans). Le questionnaire comporte 100 items, évalués sur une échelle de Likert allant de *Ne s'applique pas* (0) à *Très vrai ou souvent vrai* (2). Un score total est obtenu, ainsi que deux scores globaux représentant les échelles *Problèmes intériorisés* et *Problèmes extériorisés*. Ceux-ci sont retenus pour la présente étude et utilisés comme des mesures

quantitatives des représentations maternelles de l'enfant, considérant qu'il s'agit ici aussi des perceptions de la mère quant aux difficultés de l'enfant. L'échelle *Problèmes intériorisés* regroupe la réactivité émotionnelle, le retrait social, les plaintes somatiques et l'anxiété/dépression chez l'enfant. L'échelle *Problèmes extériorisés* représente les problèmes attentionnels ainsi que les comportements agressifs chez l'enfant (Achenbach & Rescorla, 2000). Un score élevé constitue un indicateur de représentations parentales négatives et signifie ainsi que le parent perçoit des difficultés chez son enfant. Pour l'interprétation, les scores bruts obtenus aux deux échelles considérées dans le cadre de cette étude ont été convertis en scores *t* à partir de la table de conversion du CBCL, lesquels sont utilisés afin d'examiner l'évolution entre les deux temps de mesure. Le score *t* fait partie d'une distribution normale (0 à 100) où la moyenne a une valeur de 50. Tel qu'indiqué dans le manuel du CBCL en regard de ces échelles (Achenbach & Rescorla, 2000), un score *t* se situant entre 60 et 63 est considéré comme faisant partie de la zone limite et un score *t* de 64 ou plus est considéré comme étant dans la zone clinique. Ces paramètres ont été déterminés puisque les deux échelles globales mesurent des manifestations cliniques nombreuses et diverses. L'homogénéité de leur contenu étant réduite, il est recommandé d'ajuster ainsi ces paramètres. Les propriétés psychométriques du CBCL sont excellentes, avec un indice de cohérence interne moyen de 0,84 pour l'échelle de problèmes intériorisés et de 0,88 pour l'échelle de problèmes extériorisés, tel que rapporté dans une étude examinant les résultats au CBCL d'enfants d'âge préscolaire de 24 pays (Rescorla et al., 2011), ainsi que des coefficients de fidélité test-retest sur huit jours de 0,68 à 0,92 (Kariuki, Abubakar, Murray, Stein, & Newton, 2016).

**Événements de vie.** Le *Life Events Questionnaire* (LEQ; Sarason, Johnson, & Siegel, 1978) est un questionnaire évaluant la présence d'événements ou de changements survenus dans l'année précédente et leur impact sur la vie de la personne (Appendice F). La version considérée dans le cadre de cette étude a été adaptée afin d'être utilisée chez les femmes (Norbeck, 1984). Le LEQ comporte 82 items. Parmi l'inventaire d'événements ou de changements, la personne doit encercler un item lorsqu'elle a vécu ce type de situation. Ensuite, le type d'effet et l'ampleur de l'effet sur la vie de la personne sont examinés. Le type d'effet est qualifié de positif ou de négatif, avec une ampleur évaluée sur une échelle de Likert allant de *Pas d'effet* (0) à *Grand effet* (3). Dans le cadre de la présente étude, le LEQ est utilisée de manière qualitative afin de mieux comprendre les facteurs ayant pu influencer l'évolution et le vécu de chacune des participantes.

**Questionnaire sociodémographique.** Ce bref questionnaire sociodémographique (Bisaillon, 2017) permet de recueillir les informations usuelles telles que l'âge et le sexe de l'enfant, son rang dans la famille, l'état civil de la mère, son niveau de scolarité, son occupation et le revenu familial (voir Appendice G).

### **Programme d'intervention**

Le Cercle de sécurité parental (COS-P; Powell et al., 2009) est un programme d'intervention précoce de groupe ciblant la FRP et les représentations maternelles afin de favoriser un attachement sécurisant chez les enfants d'âge préscolaire. Il a été élaboré pour une population à faible risque mais se veut davantage accessible que le programme COS

sur les plans du temps et des ressources humaines. La description des différents chapitres du programme COS-P ainsi que de leurs objectifs se trouve à l'Appendice H.

### **Considérations éthiques**

Un formulaire de consentement a été signé par les participantes (Appendice I). Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la faculté des Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke (voir Appendice J).

## Résultats



Pour répondre aux hypothèses de recherche, des analyses descriptives individuelles détaillant l'évolution des trois participantes par rapport à elles-mêmes sur chacune des variables mesurées avant et après le programme COS-P (FRP et représentations maternelles) sont présentées. Des extraits de verbatim du PDI-R sont aussi rapportés afin d'illustrer certains éléments quant à l'évolution de la FRP. Dans l'optique de préserver la justesse des propos des participantes, les extraits de verbatim sont présentés en anglais, langue maternelle des participantes et utilisée pour les entrevues. De plus, pour chaque participante, une figure est insérée afin d'illustrer les résultats pour la FRP et les représentations maternelles aux deux temps de mesure. Les événements de vie vécus par les participantes dans l'année précédant chaque temps de mesure sont aussi décrits. Dans l'analyse, des facteurs variés sont considérés selon leur implication potentielle dans l'évolution de chacune des participantes. Les analyses descriptives de l'évolution de chacune d'entre elles permettent d'approfondir la réflexion clinique sur les effets possibles du programme COS-P, sur les facteurs individuels à considérer et sur les implications cliniques.

### **Évolution de Sarah**

La Figure 1 illustre l'évolution des scores obtenus par Sarah en ce qui a trait à la FRP et aux représentations maternelles avant et après le programme COS-P, telles qu'évaluées respectivement par le PDI-R ainsi que par le PSI-SF et le CBCL.

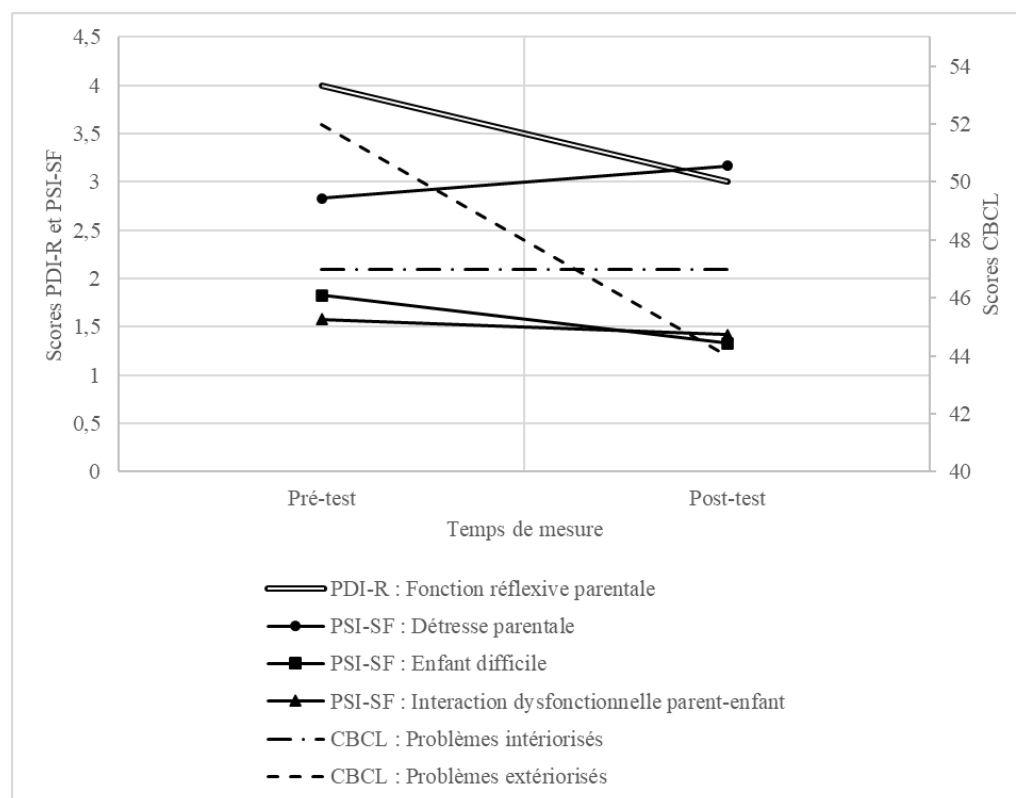


Figure 1. Scores de Sarah au PDI-R, au PSI-SF et au CBCL aux deux temps de mesure.

### Évolution de la FRP

Suite au programme COS-P, une diminution de la FRP est observée chez Sarah (pré-test = 4; post-test = 3). Au pré-test, un score de 4 a été attribué à sa FRP, se situant alors entre un niveau de FRP limité (3) et ordinaire (5). Des indices de fonction réflexive étaient alors présents chez elle, mais étaient restreints. Après le programme COS-P, son score de FRP est de 3, soit d'un niveau limité. À ce moment, très peu d'indices de réflexivité sont constatés dans son discours. Elle semble peu disposée à la mentalisation lors de l'entrevue et dans le quotidien, où elle apparaît submergée. Les résultats de la cotation de la FRP de Sarah aux deux temps de mesure sont détaillés ci-dessous.

Au pré-test, Sarah débute l'entrevue de manière défensive. Elle répond alors de façon brève et impersonnelle lorsqu'il est discuté de ce qui caractérise son enfant. Lorsqu'elle est questionnée quant à ce qu'elle préfère et ce qu'elle aime moins chez son enfant, elle répond de manière générale et peu investie émotionnellement.

Hum, I don't know, I just like him, yeah, he's just a good person that's all. I don't know he's just kinda like a package deal, like you can't get the stuff you like without getting the stuff you don't like, so you just have to like get all, yeah. I can't think of anything specifically.

Sarah n'est pas en mesure d'offrir des exemples spécifiques afin d'illustrer ses propos. Un refus de mentalisation est noté lorsqu'il lui est demandé de définir sa relation avec son enfant.

Hum, I don't know. It's okay. Hum, I don't know, like I really don't know. (...) I don't know like I just don't reflect on what our relationship is like, so I don't really know how to describe it, other than like I'm a parent and he's a child and that's it we have a parent-child relationship. (...) Hum, I don't know, it's just I guess, it's just what our relationship is like, I tell him what to do and he might do it.

La relation de cette mère avec son enfant semble être exempte d'interactions chaleureuses. Comme parent, Sarah répond aux besoins physiologiques de base de son enfant mais cela semble être vécu négativement et nuire à la relation parent-enfant.

I have to wash all the dishes and make supper and give them baths and force food down their throats and I have to be nice to them and I don't know, I'm not dying to be nice to them either like it's not fair.

Sarah semble se baser sur les comportements observables de son enfant sans considérer les ÉM qui sont sous-jacents et sans suivre les besoins affectifs de son enfant. Au quotidien, cette mère semble être surtout dans l'action et agir de manière automatique

afin de réaliser les étapes de la routine, sans nécessairement se poser et s'attarder à la situation.

It's just like fight, fight, fight, fight. Like I have to actually hold him down and put his clothes on him, and then make sure he doesn't take them off, and then I have to you know, physically wash his face 'cause he doesn't want to do it, and I have to hold him and we just won't comb his hair 'cause there's just no time after that.

La vision de sa relation avec son enfant paraît très concrète. Il lui semble ardu de réfléchir à ses émotions et à celles de son enfant. Les besoins de dépendance de son enfant envers elle semblent être particulièrement difficiles à tolérer, ce qui paraît l'amener à entretenir des attentes irréalistes envers lui concernant son autonomie. Une distance émotionnelle semble s'être instaurée entre eux. Cette mère paraît également avoir de la difficulté à élaborer sur les effets de ses ÉM sur ceux de son enfant. En effet, elle mentionne à plusieurs reprises ne pas connaître les effets de ses propres ÉM sur les ÉM de son enfant puisqu'elle ne lui a pas demandé. Elle se montre parfois en mesure de proposer des hypothèses quant à certains liens entre ses émotions et celles de son enfant mais ceux-ci demeurent vagues : "I would guess it all sort of contributes to how angry he gets, and how frustrated he gets, but I don't know". Certains indices de mentalisation présents, par exemple lorsque Sarah identifie ce que son enfant pourrait ressentir, semblent relever davantage de sa manière de parler que d'une réelle démonstration de fonction réflexive : "I guess it can be frustrating for him". L'absence de réel effort ou de désir de mentalisation chez elle est relevé à plusieurs occasions.

Sarah semble entretenir une vision plutôt négative de son rôle de parent. Lorsque ce sujet est abordé, elle nomme les effets négatifs de la parentalité sur elle.

I'm less fun. (...) Hum, I probably wasn't that fun anyway, but at least I can pretend to be fun so, but I just don't have the energy to even pretend anymore. I could go out and do stuff with my friends but even when I do go out now I'm just like "Argh...", I just sit there and I'm pretty happy to just sit there but yeah, I have no motivation to do anything fun I guess.

Au pré-test, de manière générale, Sarah affiche certains indices de mentalisation mais certains d'entre eux sont restreints (opacité des ÉM, liens entre comportements et ÉM). Il apparaît difficile pour elle de parler en termes d'émotions.

Les résultats au post-test sont présentés ci-dessous. Au post-test, Sarah semble également avoir de la difficulté à nommer ce qu'elle préfère de son enfant ou à définir sa relation avec lui.

I don't know any relationship words. (...) It's alright I guess, I don't know. I don't know, I can't think of like words to describe...yes, I don't know. (...) Yeah, like I don't know how to describe. (...) Yeah, it's not bad it's not perfect. (...) I don't know, I mean we just go through our day and it's not horrible every day, I don't know, it's just the way it is.

Comme au pré-test, Sarah semble être assez concrète. Elle offre également des réponses axées sur les comportements observables, ce qui limite l'accès aux ÉM. Par exemple, lorsqu'elle est questionnée sur l'influence de la relation parent-enfant sur le développement et la personnalité de son enfant, elle répond en termes comportementaux. De plus, elle use de discours rapporté, c'est-à-dire qu'elle cite directement les propos d'autrui dans son discours plutôt que de faire part de ce qu'elle en retient. Le discours rapporté est considéré comme étant un substitut de réflexivité (Slade et al., 2004).

I noticed him saying things that I would say so like when his sister's being very uncooperative he'll say things like "Just pick her up and make her do it", which is what I do (...) And I hear him talking about his father the same way I do so like if he's looking for a snack he'll be like "He ate all the food why did he do that?",

cause like he eats all the food right so, “There’s no cheese, what happened to all the cheese? Daddy ate it all!”. So, he’s sort of mirroring that frustration hum, or if he can’t find something that’s his, “Oh he lost my hat!”.

Au deuxième temps de mesure, il semble encore difficile pour cette mère de penser en fonction d’ÉM et de s’imaginer l’effet de ses propres ÉM sur son enfant. Lorsque questionnée, Sarah mentionne ne pas le savoir puisqu’elle ne lui a pas demandé. Elle éprouve de la difficulté à se représenter ce qu’il peut ressentir, mais manifeste parfois une certaine capacité à se mettre à la place de son enfant en intégrant plusieurs ÉM.

Probably equally frustrated and maybe kind of rejected because I was like forcing him into his room and trying to get him to stay there without staying with him, and trying to keep some distance because he wants me to sleep in the bed with him or come into my bed which I don’t enjoy because when he moves around a lot, and he grinds his teeth in his sleep it’s, I can’t sleep, so I need to make that separation.

Néanmoins, de manière générale, elle semble peu en mesure de comprendre le besoin relationnel qui sous-tend le comportement de son enfant, même si elle reconnaît ce qu’il peut ressentir, soit un sentiment de rejet dans le cas de cet extrait.

I guess like I was saying at bedtime, when I don’t wanna be with him, and I’ll try to tell him “It doesn’t mean I don’t love you, I just don’t like sleeping with you”, which still doesn’t sound good, and he’ll tell me “I won’t kick you in my sleep and I won’t grind my teeth”. He doesn’t understand.

Comme au pré-test, les besoins de dépendance de son enfant paraissent difficiles à contenir puisqu’ils semblent perçus comme étant anxiogènes et menaçants. Sarah peut donc émettre des comportements de rejet sans être en mesure d’y réfléchir.

Le quotidien semble être toujours vécu de manière problématique. Sarah paraît submergée par ses responsabilités de parent et être peu disponible pour répondre aux

besoins ponctuels de son enfant: “There’s always a million things that I have to do, then it’s very frustrating to have to stop what it is I’m doing and figure out why he’s screaming and then finding out it’s something very minor”. Elle semble peu comprendre les raisons sous-jacentes aux comportements de son enfant: “I don’t understand why he screams and yells when I tell him over and over again that he can just ask me for help and I’ll help him”. Elle semble avoir de la difficulté à l’accompagner dans ses émotions, qui semblent menaçantes pour elle. Elle a ainsi tendance à réagir aux comportements de son enfant plutôt que de les décoder en s’attardant aux ÉM, ce qui exacerbe les comportements négatifs de celui-ci et augmente sa frustration. Un cercle vicieux est ainsi présent. Elle apparaît elle-même envahie émotionnellement et peu disposée à être présente pour son enfant au niveau de ses besoins affectifs. Sarah peut alors prêter des intentions négatives à son enfant. Elle perçoit ses interventions parentales comme étant inefficaces et considère appliquer des méthodes de discipline considérées moins bienveillantes, comme la fessée.

I’m trying my best to be very patient, but it’s I guess more difficult because he is trying to be sort of, he’s being more defiant, and I don’t really know how to handle that, especially since he is usually very cooperative. So I don’t know, and other than when he does that and won’t be cooperative I just put him in his room, which doesn’t work ‘cause he gets out of his room, and then I have to keep putting him in his room and back and forth and back and forth, and it doesn’t seem to get us anywhere, so I’d really like to spank him, like I really want to and I really think it’s a viable option because being patient isn’t working.

Quant à son rôle de parent, l’accent est mis sur les aspects négatifs de la parentalité et sa vision paraît peu nuancée, comme au pré-test. Elle mentionne être moins patiente, plus fatiguée, plus grincheuse et plus distante avec les autres depuis qu’elle est mère. Elle ne semble ni vivre de satisfaction en tant que parent ni prendre plaisir à être avec son enfant :

“I don’t look forward to going home so like I’m happy to see them, but it’s not an enjoyable time for me”. Elle semble plutôt vivre plusieurs affects négatifs en lien avec son rôle de mère. Son besoin d’être aidée et prise en charge est perçu comme étant non satisfait, ce qui suscite de la colère pouvant être exprimée sous forme agressive ou passive-agressive.

Par ailleurs, Sarah reconnaît son vécu en tant qu’enfant, où elle devait être indépendante et où ses besoins relationnels étaient niés par ses parents, en donnant un exemple où elle s’était sentie rejetée lorsqu’elle était effrayée durant la nuit. Toutefois, elle est peu en mesure de faire des liens entre son expérience en tant qu’enfant et aujourd’hui en tant que parent. Les liens exprimés demeurent concrets et axés sur les comportements.

Well, I noticed like at bedtime like if [Child] says he’s scared, then I’ll usually stay with him longer than I really want to. And if he comes in my room, which is hard for him cause my bedroom is in the basement and his is on the main floor so he really has to go through the whole house, and then down the stairs, I’m more likely to let him stay in my room, instead of bringing him back to his own room ‘cause he put all that effort into it.

Les liens effectués à ce sujet sont plutôt flous mais un effort de mentalisation est observé. Toutefois, Sarah ne semble pas consciente qu’elle puisse ignorer les besoins relationnels de son enfant et le mettre à distance.

De manière générale, au post-test, Sarah paraît submergée par ses affects négatifs et par ses responsabilités. Elle semble peu disposée à adopter une attitude réflexive au quotidien et durant l’entrevue. Peu d’ÉM sont ainsi explicites et peu d’indices de fonction



réflexive sont présents. Par conséquent, au terme du programme, le niveau global de fonction réflexive de Sarah établi par la cotation est inférieur à celui au pré-test.

### **Évolution des représentations maternelles**

Les scores au PSI-SF illustrent l'évolution des représentations maternelles, traduisant l'évolution des perceptions de la mère quant à des difficultés chez son enfant (échelle *Enfant difficile*), chez elle-même comme mère (échelle *Détresse parentale*) et au sein de la relation mère-enfant (échelle *Interaction dysfonctionnelle parent-enfant*). Une diminution du score entre le pré-test et le post-test équivaut à une diminution de difficultés perçues chez l'enfant, chez soi en tant que mère ou dans la relation mère-enfant. Chez Sarah, une diminution est rapportée à l'échelle *Enfant difficile* entre le pré-test (score moyen = 1,83; 30<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 1,33; 8<sup>e</sup> centile) ainsi qu'à l'échelle *Interaction dysfonctionnelle parent-enfant* entre le pré-test (score moyen = 1,58; 36<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 1,42; 28<sup>e</sup> centile). Ces scores se situent dans la moyenne. Une augmentation des scores est cependant relevée à l'échelle *Détresse parentale* entre le pré-test (score moyen = 2,83; 76<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 3,17; 86<sup>e</sup> centile). Les difficultés perçues quant au rôle maternel se maintiennent dans la zone clinique.

Les scores au CBCL correspondent à l'évolution des représentations maternelles de l'enfant, traduisant ainsi l'évolution des perceptions de la mère quant aux difficultés identifiées chez l'enfant. Une diminution du score entre le pré-test et le post-test équivaut ici aussi à une diminution de difficultés perçues chez l'enfant. Chez Sarah, l'échelle

*Problèmes intériorisés* demeure stable entre le pré-test et le post-test (scores  $t = 47$ ). À l'échelle *Problèmes extériorisés*, une diminution des scores est observée entre le pré-test (score  $t = 52$ ) et le post-test (score  $t = 44$ ). Par ailleurs, il importe de noter que l'ensemble des scores au CBCL de Sarah se situent sous le seuil clinique.

### **Événements de vie**

Le questionnaire sur les événements de vie dans l'année précédant le pré-test est manquant et ne peut donc pas être considéré. Au post-test, Sarah rapporte avoir vécu certains événements dans la dernière année, tous considérés comme étant négatifs. Une diminution de la qualité de l'environnement physique à la maison, une diminution de la proximité avec le partenaire et la prise en charge de l'ensemble des responsabilités parentales en tant que parent monoparental sont qualifiées comme étant de grands changements. De plus, l'augmentation des difficultés avec la belle-famille et des conflits avec les grands-parents de l'enfant par rapport au rôle de parent est qualifiée comme étant des changements d'une ampleur modérée dans la vie de Sarah.

### **Évolution de Lauren**

La Figure 2 illustre l'évolution des scores obtenus par Lauren en ce qui a trait à la FRP et aux représentations maternelles avant et après le programme COS-P, telles qu'évaluées respectivement par le PDI-R ainsi que par le PSI-SF et le CBCL.

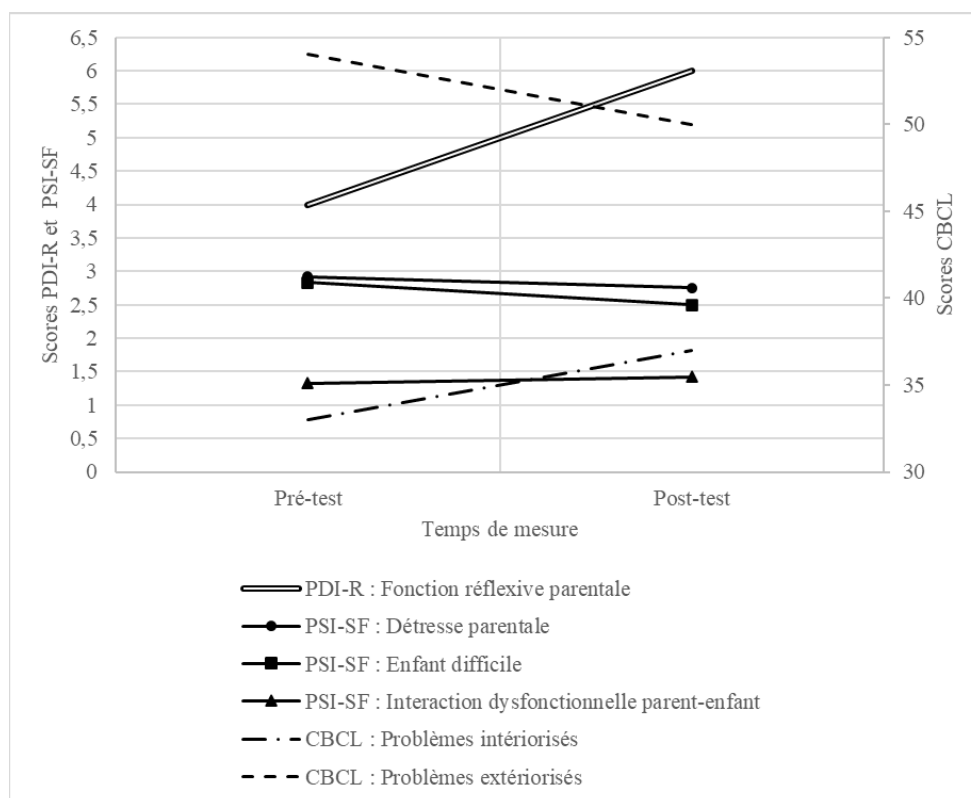


Figure 2. Scores de Lauren au PDI-R, au PSI-SF et au CBCL aux deux temps de mesure.

### Évolution de la FRP

Au terme du programme COS-P, une importante amélioration de la FRP est constatée chez Lauren (pré-test = 4; post-test = 6). Au pré-test, un score de 4 a été attribué à sa FRP, lequel se situait alors entre un niveau de FRP limité (3) et ordinaire (5). Des indices de réflexivité étaient alors présents mais des difficultés de régulation émotionnelle entravaient l'actualisation de ces capacités au quotidien. Après le programme, un score de FRP de 6 a été attribué à Lauren, lequel se situait alors entre un niveau ordinaire (5) et marqué (7). À ce moment, plusieurs indices de fonction réflexive diversifiés se sont dégagés de son discours. De plus, Lauren observe une différence positive dans sa relation

avec son enfant. Les résultats de la FRP de cette mère aux deux temps de mesure sont détaillés ci-dessous.

Au pré-test, Lauren démontre certaines capacités réflexives. Elle est notamment en mesure d'inférer des ÉM et d'établir des liens entre les ÉM et les comportements, bien qu'elle se centre principalement sur des comportements observables.

I think it makes me more stressed so I probably am more short-tempered when I'm feeling that way so there are effects in that way like I'm not as patient or explaining things (...) When I feel needy or whatever then I start to, I'll just yell at him "Hey don't be throwing all that food around or whatever toys". I'll just yell about that but I wanna explain it so it probably affects him because then that's where it comes up like me yelling at him and then him crying, where as if I would've explained and took more time, if I didn't feel needy, then it would've had a better outcome.

Elle se montre également en mesure de reconnaître le besoin sous-jacent au comportement de son enfant. Dans cet exemple, elle reconnaît le besoin de connexion de son enfant.

When I come back from work and he's home and his sibling's home he'll want to come and give me a hug, and I give him a quick hug but then the baby, because he's a baby he's two years old, I'll pick him up and hug him, and then I notice that, like I gotta be mindful of that, he'll be like "Hold me instead", so I don't know if that's really rejection, but he gets jealous in that part. Maybe he thinks I'm rejecting him by picking up the baby, and not him first, so I try to think about it and pick him up sometimes.

Toutefois, ces capacités sont surtout présentes lors de situations peu chargées au niveau affectif. En effet, lorsque Lauren est envahie émotionnellement, il semble que ses émotions prennent le dessus et entravent ses capacités réflexives. Elle peut alors avoir de la difficulté à réfléchir à son enfant et à considérer les ÉM de son enfant. La colère semble être particulièrement difficile à gérer pour cette mère et peut l'amener à se sentir dépassée.

La discipline apparaît comme un aspect du quotidien susceptible de lui faire vivre cette charge émotionnelle.

He's trying to defy me, and throw even more stuff and that makes me really angry, like I'm not understanding why he's doing this. So, stuff like that or with his sibling too, he'll push him or hit him, I'm constantly getting mad at him for doing that, and sometimes I'll yell at him for doing that cause it's something over and over almost every day. (...) Sometimes he will cry, and the crying isn't because he's sorry it's more because he can't do what he wants. (...) Yeah, he'll cry or he'll yell back at me, like he'll get defiant.

Elle peut alors prêter des intentions négatives à son enfant: "Like nonstop every day he's disobeying me and being mad on purpose it feels like half the time". Elle peut aussi user de méthodes disciplinaires moins bienveillantes.

I'll spank him, he gets really mad, and that makes me feel guilty cause I hate it. (...) I don't know if he senses it but if he does he probably takes advantage of it, cause he's pretty smart, that's what I think, so...

Les liens entre ces expériences vécues par son enfant et les siennes en tant qu'enfant sont assez présents dans ses propos, mais demeurent peu explicites. Il apparaît alors difficile pour cette mère de faire des liens entre les générations, caractéristique d'une fonction réflexive plus élevée.

Au pré-test, de manière générale, bien que Lauren manifeste certaines capacités réflexives, il semble que la charge émotionnelle liée à la discipline et sa difficulté à se dégager des comportements négatifs de son enfant affectent le déploiement de ces capacités. Celles-ci s'avèrent alors inconstantes. Lauren semble éprouver des difficultés de régulation émotionnelle, possiblement en lien avec les traumatismes relationnels vécus à

l'enfance, qui entravent sa capacité globale à penser de manière réflexive à son enfant, à elle et à leur relation lors de situations chargées émotionnellement.

Les résultats de Lauren au post-test sont ici présentés, alors qu'elle semble avoir intégré plusieurs concepts du programme COS-P. D'abord, elle se montre davantage en mesure de décoder les comportements de son enfant lorsqu'il agit de manière négative en considérant ce qui peut être sous-jacent et ce qui n'est pas directement observable. Lors de la mesure au pré-test, cela représentait plutôt un contexte où ses émotions pouvaient l'envahir et prendre le dessus. Lauren pouvait alors prêter des intentions négatives à son enfant, ce qui ne se produit pas au post-test.

Well, that's where the Circle of Security really helped me because I realized, the kids aren't trying to be bad, and that's where I realized my kid isn't trying to be bad, it's how he's expressing himself, but it doesn't mean he's trying to be bad, so that's why I'm able to not react how I used to react. That's a big difference now.

Lauren paraît davantage en mesure de réfléchir à son propre vécu en tant que parent et à s'en dégager suffisamment afin de pouvoir reconnaître différentes perspectives, ayant un impact possible sur son propre comportement et sur sa capacité à « prendre en charge » lors de situations où son enfant en éprouve le besoin sur le plan affectif.

I started to replay the situation in my head and think like “Okay what could I have done different?” instead of what my child could have done different. Like I could've thought “Oh my child could've listened to me”, but I didn't blame him, I was like thinking of my own behavior and how I could've changed it.

Elle démontre alors la capacité d'évaluer ses ÉM selon leur effet sur ses propres ÉM et comportements. Cette mère apparaît également en mesure de mieux saisir l'impact de ses comportements et de ses ÉM sur ceux de son enfant ainsi que sur la relation.

So, since then I've been changing my behaviors [yelling at him or spanking him] (...). I think now that I'm calming down with how I'm responding to him, it's actually making him calm down. And I really noticed that because before, oh my gosh, we were probably yelling at him every day for something he was doing. So now that we're not doing that, he's not as bad. So, even though he still has his moments, it's not like an every day or several times a day thing, so I think my behavior, how I'm responding to his antics is bringing him down, so he's not so crazy.

En plus de décoder les comportements de son enfant, de différencier ses propres ÉM de ceux de son enfant et de reconnaître l'opacité de ces derniers, Lauren démontre une capacité à se mettre à la place de son enfant, et ce, de manière complexe.

At supper time he was doing something that I didn't like, he was taking his silverware and banging on the table and we didn't have any placemats so it was making marks on the table and I told him three or four times to stop, then he knew he was getting on my nerves because he kinda did a little laugh or something, and then he did it one more time and there was a big gauge on the table and that was it, I sent him up to bed without his supper. Actually, I don't think I've ever done that before, to send him to bed without his supper because I think I just, it was the second incident and I was with him all day, so I felt sort of bad about it but taking the Circle of Security I realized to not feel so bad, because this doesn't, it's not a normal occurrence, and I realized afterwards how I really could have avoided it, like by using what I was taught, then I realized that instead of telling him "You're gonna be going to bed if you keep doing that", I should have showed him what he was doing to the table because he probably didn't really realize what was going on.

Ainsi, suite au programme, plusieurs indices diversifiés de réflexivité sont observés au sein du discours de Lauren, ce qui situe son niveau global au-dessus de la moyenne.

### **Évolution des représentations maternelles**

Lauren rapporte une légère diminution à l'échelle *Détresse parentale* entre le pré-test (score moyen = 2,92; 78<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 2,75; 72<sup>e</sup> centile), ainsi qu'à l'échelle *Enfant difficile* entre le pré-test (score moyen = 2,83; 76<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 2,50; 66<sup>e</sup> centile). Ces deux scores au post-test se situent alors dans la

moyenne. Une légère augmentation des scores est notée à l'échelle *Interaction dysfonctionnelle parent-enfant* entre le pré-test (score moyen = 1,33; 24<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 1,42; 28<sup>e</sup> centile) mais ces scores demeurent faibles.

Quant aux scores du CBCL, une augmentation est observée à l'échelle *Problèmes intériorisés* entre le pré-test (score  $t = 33$ ) et le post-test (score  $t = 37$ ). À l'échelle *Problèmes extériorisés*, une diminution des scores est rapportée entre le pré-test (score  $t = 54$ ) et le post-test (score  $t = 50$ ). Ces scores demeurent toutefois dans la norme.

### **Événements de vie**

Au pré-test, Lauren rapporte avoir vécu des événements positifs et négatifs dans la dernière année. Une séparation avec un ami, l'achat d'un bien d'une valeur moyenne (par exemple une télévision, une voiture ou un réfrigérateur) et un changement dans les loisirs sont perçus comme des événements positifs de petite ampleur sur sa vie. Des améliorations dans l'environnement physique de la maison sont qualifiées positivement mais comme n'ayant pas d'impact sur la vie de Lauren. Au pré-test et au post-test, elle rapporte avoir vécu dans la dernière année des événements positifs tels qu'un voyage (pré = effet modéré; post = petit effet) et une augmentation des revenus familiaux (pré = grand effet; post = effet modéré), ainsi que des événements négatifs tels qu'une détérioration de l'état de santé ou du comportement d'un proche (pré = petit effet; post = petit effet) et l'augmentation des conflits avec le partenaire quant au rôle de parent (pré = petit effet; post = petit effet).



### Évolution de Katie

La Figure 3 illustre l'évolution des scores obtenus par Katie en ce qui a trait à la FRP et aux représentations maternelles avant et après le programme COS-P, telles qu'évaluées respectivement par le PDI-R ainsi que par le PSI-SF et le CBCL.

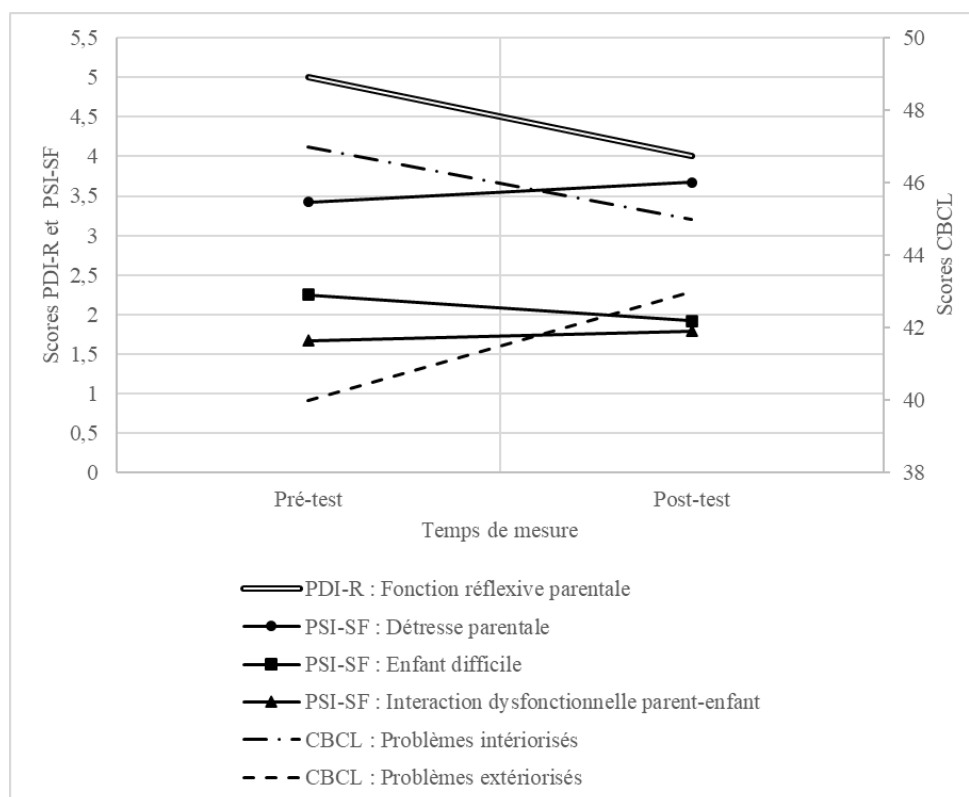


Figure 3. Scores de Katie au PDI-R, au PSI-SF et au CBCL aux deux temps de mesure.

### Évolution de la FRP

Au terme du programme COS-P, une diminution de la FRP est observée chez Katie (pré-test = 5; post-test = 4). Au pré-test, un score de 5 a été attribué à sa FRP, se situant alors à un niveau ordinaire. Plusieurs indices de réflexivité étaient alors présents dans son discours. Après le programme, un score de 4 a été attribué à la FRP de Katie, laquelle se

situait alors entre un niveau limité (3) et ordinaire (5). Des indices de réflexivité sont alors notés mais ceux-ci manquent de constance au sein du protocole. Les résultats de la cotation de la FRP de cette mère aux deux temps de mesure sont détaillés ci-dessous.

Au pré-test, Katie déploie de bonnes capacités réflexives. Elle est en mesure d'inférer des ÉM chez son enfant en lien avec ses comportements en s'appuyant sur un exemple spécifique. Elle peut donc faire sens de l'expérience mentale de son enfant et s'ajuster en conséquence.

[At skating practice] He was making progress and he was very proud of himself, so we were on the ice and he finally learned how to stand up, pull himself to a standing position after he'd fallen, and he did it himself. I wasn't trying to get him to do it cause before that I was holding his hand, and he just did it and I was just clapping and saying "Hey you did it, you did it!", and he just looked at me, I could just see that he wanted that approval, like he was just like beaming from that approval and my words of encouragement, and it meant a lot to him and he was proud that he did it, you know, when he didn't have any help.

Elle attribue ainsi de manière juste des ÉM à son enfant. Elle peut également reconnaître différentes perspectives et distinguer ses propres ÉM de ceux de son enfant lors d'une situation chargée d'affects négatifs.

I think I felt fed up, honestly, I felt fed up yeah. (...) I think he probably felt not listened to, or I mean, he got over it he didn't cry or anything (...). I think he felt maybe a little disappointed.

Katie se montre alors consciente que les ÉM peuvent ne pas être démontrés par les comportements observables et elle reconnaît l'opacité des ÉM. De plus, elle est en mesure de faire des liens entre ses ÉM et ceux de son enfant, par exemple sur les effets de sa colère sur son enfant dans cet extrait :

I think he was probably just looking at me like “What did I do wrong?” and I hope in that moment he wasn’t blaming himself at all, but he might have. So, I think he was probably hurt and confused, and he was frustrated.

Katie reconnaît aussi l’effet des ÉM de son enfant sur ses propres ÉM: “The thing that gives me the most pain is seeing either of my children in any kind of pain or feeling sad, or if they get hurt or if they have to go through some kind of medical procedure”.

De plus, cette mère démontre la capacité de reconnaître en elle-même des émotions contradictoires en lien avec son enfant lorsque celui-ci est en colère, ce qui est d’un niveau de complexité marqué : “It makes me feel like crap but at the same time I am grateful that he’s expressing himself”. Cependant, elle semble avoir de la difficulté à accompagner son enfant lorsqu’il vit de la colère. En effet, ce dernier semble alors prendre le contrôle de la relation de façon punitive : “He will just outright say ‘I don’t like you’, ‘I don’t like that’, ‘You say sorry’ (...) He’ll actually follow me around and tell me that he doesn’t like that and wants me to say sorry”.

De manière générale, la parentalité semble être vécue positivement par Katie. Elle peut identifier en quoi cela l’a changée : “The emphasis is not on me, (...) the emphasis is on them (...) It shifted, it was no longer me it’s now my children the most important thing”. La relation avec son enfant semble une source importante de joie: “You know, being there for their milestones, the first words, the first steps, the bond that I have with them”. De plus, elle reconnaît l’influence de la relation parent-enfant sur les comportements et les ÉM de son enfant. Les mouvements au sein du Cercle de sécurité sont illustrés par ses propos :

I think when he's had, when we've been spending time together, I think he feels good, he feels grounded, he feels reassured, he has no trouble running off and going on the playground or going off with his sibling. I feel like when we've had those good connections and good times together when I'll drop him off in the morning he just runs in, he just goes and picks a corner to play in with other kids. If we have maybe a rocky morning or if he's missing his dad, because that happens a lot, he'll tell me how much he misses him, you know then he sticks close by me.

Elle rapporte peu de souvenirs précis de sa propre enfance. Toutefois, elle illustre sa volonté et sa capacité de s'en démarquer dans sa relation avec son enfant. Un sentiment de fierté est alors présent : "I'm proud that I can say those words to him 'I love you' because that wasn't really something I heard growing up".

Ainsi, au pré-test, Katie manifeste de façon générale plusieurs indices de réflexivité.

Au post-test, ses capacités réflexives fluctuent. Elle est en mesure d'attribuer des ÉM à son enfant : "He cooperated and you know he got a little treat, he was very happy and excited (...). He seemed very content, he was very cooperative at every place we went to". Elle peut reconnaître les ÉM que le comportement de son enfant engendre chez elle et se remettre en question en tant que parent.

It's just sometimes I feel like he does things to antagonize his sibling to get on my case (...) [Makes you feel?] Frustrated, definitely frustrated, and torn between needing to address the situation right away, but at the same time I got a screaming child in my arms and you know, just getting really frustrated and "What's the best way to approach this?". Sometimes I shut down or take his sibling and go in the other room for a while and kind of not give him any attention, and then I don't know if it's the best thing but...

Alors qu'au pré-test, elle a démontré sa capacité d'identifier des sentiments contradictoires, au post-test, elle y fait plutôt référence indirectement.

Sometimes I feel guilty when I do want to do things by myself and I can't, and I feel guilty for having to bring him, even though Step by Step is a great place, I feel bad that we can't, I can't just take him here part time and spend the rest of the time with him (...) At the same time I think that, well, I don't have to depend on anybody. I just depend on myself, and it's really great that I do have a job where I can provide for them and provide them with a house, a nice house, and money to do extra-curricular activities, little treats every now and then.

En outre, elle ne reconnaît pas les effets de ses ÉM sur son enfant. Cela se produit également lorsqu'elle est questionnée sur les effets sur son enfant de son besoin de soutien. De plus, lorsqu'elle est questionnée sur le sentiment de rejet vécu par son enfant, elle ne reconnaît pas l'effet de son propre comportement de rejet sur lui.

If I'm not giving him attention or if I'm purposely kind of like "You need to go in your room and no I'm not gonna look at you" it's because he's done something that he shouldn't have, or if he was like physically wrestling his sibling. I don't know if he feels rejected, like I said, I'm trying to kind of enforce certain behaviors as opposed to others, I mean maybe he does because of my anger, I'm making him go in his room, but I don't know.

Il semble plus difficile pour Katie de composer avec sa colère. En effet, elle peut minimiser son émotion et nier être véritablement en colère. Elle ne reconnaît pas non plus les effets de sa colère sur son enfant, tel qu'elle l'avait démontré au pré-test.

I didn't really get angry I was more a little frustrated (...) I just felt bad and I don't do things for myself a lot, pretty much never, and it was just one thing I wanted, just a couple hours, so it didn't make me angry it just made me feel bad (...) I didn't project any of my feelings on to him, so I don't know if he noticed.

Néanmoins, Katie semble vivre son rôle de mère positivement, tel que cela était le cas lors du pré-test. Par contre, elle articule son point de vue de façon un peu floue ou générale, ce qui diminue la réflexivité de ses propos.

Being a parent has to be one of the most difficult things ever, but sometimes there's a lot of happiness, and I think it's the most important job in the whole world, and it's a big responsibility but it also brings a lot of, like that's my purpose, when you know you have a purpose, it's to raise your children right and love them and provide for them, it's so clear, the path is so clear, maybe hard but it's clear and it's just, I guess that provides me with a real purpose and a real sense of happiness.

Également en lien avec son rôle de mère, elle répond de manière concrète afin de décrire comment la parentalité l'a changée, contrairement au pré-test. Elle se base alors sur des traits de personnalité et des comportements, ce qui limite l'aspect réflexif de sa réponse.

I've always been kind of a very level-headed person and responsible, you know so the bills get paid, wipe clean every month when it's due, the bills are always paid on time, I don't make reckless decisions so I've always, I wouldn't say it's changed me a complete 180 in any respect (...) It's changed me for sure cause now I have these two little kids in my life that I care for but I was already, I think I acted like a parent before I even had kids, or the responsibilities anyway, I was very level-headed and organized.

Par rapport à sa propre enfance, Katie fait moins référence aux ÉM qu'au pré-test. En effet, lorsqu'elle parle de ses parents, son discours est davantage centré sur les comportements. Par exemple, elle nie ses ÉM lorsque questionnée sur le sentiment d'avoir été blessée ou rejetée par ses parents.

No, I mean there was more emphasis back then or more acceptance of like physical punishment of children. I think we were part of that, so we did get wacked every now and then by my mother, but it was a different time, but it was like a disciplinary thing not just like 'cause she had a few drinks and decided to kick the shit out of us [laughs], so you know that kind of thing.

Bref, au post-test, cette mère démontre certains indices de réflexivité et des efforts en ce sens. Toutefois, ses capacités réflexives apparaissent inconstantes. En effet, Katie peut répondre en faisant des liens parfois flous, en se centrant sur les comportements et les

traits de personnalité, ou en niant les impacts de ses ÉM sur son enfant. Par conséquent, au terme du programme, son niveau global de fonction réflexive est inférieur à celui au pré-test.

### **Évolution des représentations maternelles**

Au PSI-SF, une diminution est notée à l'échelle *Enfant difficile* entre le pré-test (score moyen = 2,25; 56<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 1,92; 34<sup>e</sup> centile), lequel se situe dans la moyenne. En revanche, une augmentation des scores est observée à l'échelle *Détresse parentale* entre le pré-test (score moyen = 3,42; 92<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 3,67; 96<sup>e</sup> centile). Les difficultés perçues quant au rôle maternel se situent ainsi dans la zone clinique. Une augmentation des scores est aussi relevée à l'échelle *Interaction dysfonctionnelle parent-enfant* entre le pré-test (score moyen = 1,67; 42<sup>e</sup> centile) et le post-test (score moyen = 1,79; 49<sup>e</sup> centile), lequel se situe dans la moyenne.

Au CBCL, une diminution est rapportée à l'échelle *Problèmes intériorisés* entre le pré-test (score t = 47) et le post-test (score t = 45). À l'échelle *Problèmes extériorisés*, une augmentation des scores est observée entre le pré-test (score t = 40) et le post-test (score t = 43). Toutefois, les scores de Katie demeurent inférieurs à la zone clinique.

### **Événements de vie**

Au pré-test, Katie rapporte avoir vécu un événement positif et plusieurs événements négatifs dans la dernière année. Un changement dans les modalités de soins à l'enfant est perçu positivement et comme ayant un petit effet sur sa vie. En ce qui a trait aux

événements négatifs, une diminution de la proximité avec le partenaire est perçue comme ayant un effet modéré sur sa vie et des changements de responsabilités au travail comme ayant un grand effet. Au pré-test et au post-test, elle rapporte avoir vécu d'autres événements négatifs tels que des problèmes au travail avec l'employeur ou les collègues (pré = effet modéré; post = effet modéré), des situations de séparation avec le partenaire, par exemple dues au travail de son conjoint (pré = petit effet; post = effet modéré), un changement de travail du partenaire (pré = effet modéré; post = effet modéré) et un enfant quittant la maison familiale (pré = petit effet; post = effet modéré).



## **Discussion**

La présente étude pilote avait pour objectif d’explorer les effets du programme COS-P sur la FRP et les représentations maternelles chez des mères d’enfants d’âge préscolaire de la communauté Mohawk de Kahnawake. Le programme COS-P cible la FRP et les représentations parentales afin de favoriser un attachement sécurisant chez l’enfant (Powell et al., 2009). Considérant les impacts importants des traumatismes historiques sur la relation parent-enfant, le programme COS-P a été choisi afin d’appuyer le processus de guérison et le mieux-être des membres de la communauté. Dans le cadre de la discussion, un résumé de l’évolution de chacune des participantes est présenté. Des hypothèses explicatives sont ensuite proposées afin d’approfondir la compréhension des facteurs individuels sous-jacents aux effets du programme COS-P. Puis, des suggestions de recherches futures sont présentées et les implications cliniques de l’étude sont discutées. Enfin, les forces et limites de cette étude sont abordées.

### **Résumé de l’évolution de Sarah**

Chez Sarah, une diminution de la FRP est observée au terme du programme COS-P, celle-ci se situant entre un niveau limité et ordinaire au pré-test et à un niveau limité au post-test. De manière générale, il est difficile pour cette mère de parler et de réfléchir en termes d’ÉM. Elle fait plutôt référence aux comportements observables, sans considérer ni décoder les besoins affectifs sous-jacents de son enfant, et elle réagit en conséquence. Sarah tend à être envahie émotionnellement et à avoir de la difficulté à accompagner son

enfant dans ses émotions. Elle paraît submergée par son rôle parental, qu'elle perçoit négativement, ce qui réduit de manière importante sa disponibilité affective à adopter une position réflexive au quotidien et dans l'entrevue. En ce qui concerne les représentations maternelles, au terme du programme, une augmentation des difficultés perçues liées au rôle maternel est observée (échelle *Détresse parentale*), se situant alors dans la zone clinique, alors que des représentations maternelles plus positives sont observées quant à l'enfant et à la relation parent-enfant.

### **Résumé de l'évolution de Lauren**

Au terme du programme COS-P, une augmentation importante de la FRP est notée chez Lauren, laquelle se situe au pré-test entre un niveau limité et ordinaire, et au post-test entre un niveau ordinaire et marqué, ce qui la situe au-dessus de la moyenne. Au pré-test, Lauren est en mesure d'inférer des ÉM, de reconnaître des liens entre les ÉM et les comportements et de décoder les besoins affectifs sous-jacents aux comportements de son enfant. Toutefois, ses capacités réflexives sont inconstantes et diminuées lorsque les situations sont chargées affectivement. Lauren peut alors avoir de la difficulté à réfléchir en termes d'ÉM et prêter des intentions négatives à son enfant, ce qui ne se produit pas au post-test. Lauren démontre aussi la capacité de se mettre à la place de son enfant et à se dégager de sa propre expérience en tant que parent afin d'adopter une attitude réflexive. Au niveau des représentations maternelles, Lauren perçoit à la suite du programme moins de difficultés chez elle comme mère et chez son enfant quant à des comportements extériorisés. Elle rapporte davantage de difficultés au sein de la relation mère-enfant et chez son enfant quant à des comportements intériorisés. Toutefois, il est important de

noter que l'ensemble de ces variations demeurent dans les normes aux deux temps de mesure. Ainsi, de légères variations entre le pré-test et le post-test peuvent être considérées comme normales.

### **Résumé de l'évolution de Katie**

Au terme du programme COS-P, Katie montre une diminution de sa FRP, celle-ci se situant à un niveau ordinaire ou avéré au pré-test et entre un niveau limité et ordinaire ou avéré au post-test. Au pré-test, Katie démontre de bonnes capacités réflexives. Elle peut ainsi inférer des ÉM chez son enfant, reconnaître l'opacité de ceux-ci, les distinguer des siens et faire des liens entre les ÉM et les comportements de chacun. Au post-test, les capacités réflexives de Katie sont inconstantes. Ainsi, elle peut parfois nier les effets de ses propres ÉM sur ceux de son enfant ou les effets de son comportement sur les ÉM de son enfant. Ses propos sont aussi davantage centrés sur les comportements observables, comparativement au pré-test où elle manifeste une attitude plus réflexive. De plus, au terme du programme, elle perçoit davantage de difficultés chez son enfant et au sein de la relation mère-enfant, même si ces résultats demeurent dans la norme. Elle rapporte aussi davantage de difficultés quant à son rôle de mère (échelle *Détresse parentale*) au post-test, avec des niveaux dans la zone clinique aux deux temps de mesure.

### **Retour sur les hypothèses proposées**

Afin de répondre à l'objectif de la présente étude pilote, deux hypothèses avaient été identifiées. Après le programme COS-P, une augmentation de la FRP et des

représentations maternelles (de l'enfant, de soi comme parent et de la relation parent-enfant) plus positives étaient attendues chez les participantes.

Les résultats ne permettent pas de confirmer les deux hypothèses. Une certaine évolution est toutefois observée chez chacune des participantes. Au niveau de la FRP, une participante sur trois (Lauren) a montré une amélioration. Quant aux représentations maternelles, des variations sont présentes dans l'évolution des participantes. Outre les difficultés perçues par Sarah et Katie quant à elles-mêmes comme parent (échelle *Détresse parentale*), qui se situent dans la zone clinique au pré-test et au post-test, l'ensemble des autres représentations maternelles mesurées demeurent dans la norme. Par conséquent, les variations observées entre les deux temps de mesure ne s'avèrent pas significatives et ne seront pas approfondies dans la présente discussion.

### **Pistes explicatives**

Les résultats de cette étude suscitent des réflexions cliniques quant aux différents facteurs individuels pouvant influencer les effets du programme COS-P. En effet, l'absence d'évolution significative de la FRP chez deux des mères à l'étude soulève des questionnements, compte tenu que l'amélioration de la FRP représente une cible du programme COS-P, celle-ci étant la voie pour atteindre l'objectif principal du programme, qui est de favoriser un attachement sécurisant chez l'enfant.

Une hypothèse pouvant expliquer ces résultats réside dans le fait que la FRP fluctue en fonction du niveau de stress. En effet, il est reconnu que le stress nuit aux capacités réflexives puisqu'il perturbe la capacité de raisonnement, qui est sollicitée dans le

processus de FRP (Allen, 2012; Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012). À la suite du programme, Sarah et Katie ont rapporté davantage de difficultés quant à leur rôle maternel (échelle *Détresse parentale*) ainsi qu'une diminution de leur FRP. Cette hausse pourrait être expliquée par différents facteurs : les événements de vie négatifs, la perception de soutien social et conjugal ainsi que le degré d'intégration des expériences traumatiques passées.

D'abord, il est démontré que la présence d'événements de vie difficiles accentue le stress (Neece et al., 2012; Rabkin & Struening, 1976). Sarah et Katie rapportent avoir vécu des événements de vie négatifs ayant eu des impacts significatifs sur leur vie dans l'année précédant la fin du programme COS-P. Ces événements de vie négatifs ont pu susciter des émotions négatives et du stress. Chez Sarah, qui paraît encore plus submergée au post-test qu'au pré-test, il est possible que ces émotions négatives et le stress vécu exacerbent ses difficultés d'autorégulation, ce qui peut affecter la FRP. En effet, la FRP est liée à la capacité d'être en contact avec ses émotions sans se détacher ou être envahie (Slade, 2005). Étant submergée au niveau affectif, elle semble peu en mesure d'adopter une position réflexive au quotidien et dans l'entrevue (Allen, Bleiberg, & Hasslam-Hopwood, 2003). Cela semble également être le cas pour Katie au post-test, qui rapporte davantage de difficultés au regard de son rôle maternel, de niveau clinique au pré-test et au post-test, ce qui peut nuire à ses capacités d'autorégulation. Au post-test, elle semble en effet avoir de la difficulté à reconnaître et à contenir ses ÉM, et plus particulièrement la colère. Il est possible que cela entrave sa disponibilité à répondre aux besoins affectifs de son enfant

ainsi qu'à coréguler ses émotions (Marvin et al., 2002), ce qui est caractéristique d'une FRP réduite.

En revanche, Lauren montre une diminution de son niveau de détresse parentale et une augmentation de sa FRP. Il est possible que l'absence d'événement de vie négatif significatif ait favorisé sa disponibilité affective à adopter une posture réflexive. Au pré-test, des difficultés de régulation émotionnelle entravaient ses capacités réflexives. Elle se montrait alors envahie émotionnellement et pouvait prêter des intentions négatives à son enfant, ce qui n'est plus le cas au post-test. À ce moment, Lauren décode et interprète les besoins affectifs sous-jacents aux comportements négatifs de son enfant, ce qui est caractéristique d'un niveau de FRP plus élevé.

De plus, la perception de soutien social a pu influencer le niveau de stress ressenti (Bigras et al., 1996). Le discours et les questionnaires (PSI-SF et LEQ) des deux mères qui ont vu leur FRP diminuer, Sarah et Katie, illustrent la perception d'un manque de soutien social. Il est également démontré que la relation conjugale aurait davantage d'impact sur le stress que la perception de soutien social (Bigras & Lafrenière, 1994), ce qui peut contribuer à expliquer l'expérience de Sarah. En effet, au post-test, un changement au niveau de sa relation conjugale avec le père de l'enfant est noté. Sarah rapporte le statut de la relation comme de la cohabitation, ce qui a impliqué pour elle de prendre en charge l'ensemble des responsabilités parentales. Cette situation a pu contribuer à son niveau de stress grandissant et au sentiment d'être submergée par son rôle parental, limitant sa disponibilité affective à déployer sa FRP.

De plus, il est possible de penser que le processus du programme et de l'étude ait pu susciter des émotions difficiles chez les participantes en lien avec les traumatismes historiques vécus, telles que de la honte ou de la culpabilité, et ainsi augmenter leur niveau de stress et nuire au développement de la FRP. D'une part, il est démontré que les événements traumatiques entravent les capacités de gestion du stress et d'autorégulation (Schoore, 2002). D'autre part, la composante thérapeutique du programme COS-P est susceptible de faire vivre de la détresse puisqu'elle active le système d'attachement de la mère (Slade, 2007), possiblement vulnérable en regard des expériences vécues. Il est possible que les mécanismes de défense soient alors ravivés, tels que la projection et le clivage, et puissent nuire aux capacités réflexives, dont la capacité de considérer ses ÉM et ceux d'autrui de façon nuancée. Le degré d'intégration des expériences traumatiques passées influencerait la FRP. Selon Slade et al. (2005), une faible résolution des expériences traumatiques passées serait liée à une plus faible FRP. Être en contact avec ses ÉM et les observer, ainsi qu'avec les ÉM d'autrui, s'avère difficile et souffrant pour les personnes ayant un passé traumatique (Slade, 2007). Malgré ces défis, l'ouverture et la vulnérabilité dont les participantes ont fait preuve témoignent de leur désir d'améliorer la relation avec leur enfant et de tenter de réparer les ruptures ayant perturbé la transmission de la parentalité.

D'autres facteurs individuels non considérés dans le cadre de cette étude pourraient également influencer les effets du programme COS-P chez les participantes. Cassidy et al. (2017) rapportent que le style d'attachement et les symptômes dépressifs de la mère peuvent exercer un effet modérateur sur les effets de l'intervention. La poursuite de



l'examen des facteurs modérateurs des effets de COS-P pourrait permettre de mieux cerner sa portée clinique (Cassidy et al., 2017).

Un autre facteur pouvant expliquer l'absence d'amélioration de la FRP de deux participantes repose sur la population générale visée par le programme COS-P, qui ne correspond pas à la communauté de Kahnawake. Celle-ci est plutôt considérée à haut risque, compte tenu de différents facteurs tels qu'un historique de traumatismes, de relations familiales dysfonctionnelles et de psychopathologies (Kirmayer et al., 2000; Manusco, 2018). À visée préventive, le programme COS-P s'adresse à une population à faible risque et n'inclut pas de rétroaction individualisée, contrairement au programme original intensif conçu pour les populations à risque. Dans l'étude de Huber et al. (2015), les mères à haut risque sont les participantes ayant le plus bénéficié du programme COS. L'étude pilote de Sadler et al. (2013) examine les effets de l'intervention MTB, qui s'inscrit au sein d'une démarche thérapeutique individualisée et à long terme, auprès de familles américaines ( $n = 105$ ). Les résultats révèlent que les mères à haut risque sont celles dont la FRP a davantage augmenté, comparativement au groupe de contrôle (Sadler et al., 2013). Les interventions thérapeutiques individualisées pourraient effectivement être davantage profitables auprès de populations à risque. Il est possible de penser qu'offrir un soutien psychosocial à plus long terme et individualisé pourrait augmenter la perception de soutien social des mères dans leur rôle parental et ainsi diminuer leur niveau de stress, et que ce serait particulièrement bénéfique pour les mères à haut risque. Idéalement, le programme COS-P devrait donc s'inscrire au sein d'autres modalités de soutien offertes aux participantes.

Lorsque ce type d'offre de services n'est pas possible, il pourrait être bénéfique d'intégrer la rétroaction vidéo au programme COS-P, ce qui permettrait un travail thérapeutique plus ciblé auprès de chaque participante, tel que cela est fait avec le programme COS. La rétroaction vidéo est un appui au développement de la FRP. Elle permet à la mère de se distancer et d'observer ses propres comportements vis-à-vis de ceux de son enfant et de faciliter l'identification des besoins sous-jacents aux comportements de son enfant, ce qui favoriserait le développement de la FRP (Steele et al., 2014). La rétroaction vidéo permet aussi à l'intervenant de renforcer les interactions positives (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008) et contribue à soutenir la motivation des parents, qui est un mécanisme potentiel de changement (Smith, Dishion, Moore, Shaw, & Wilson, 2013). Au sein du programme COS, le parent est accompagné dans l'identification de ses ÉM, ainsi que pour cerner sa disponibilité affective à reconnaître les ÉM de son enfant et à répondre à ses besoins. Le parent est également soutenu dans l'inconfort qui peut être occasionné par l'activation de mécanismes de défense en lien avec ses propres expériences en tant qu'enfant (Hoffman, Cooper, & Powell, 2017; Marvin et al., 2002). Plusieurs études constatent la pertinence de la rétroaction vidéo. La méta-analyse de Fukkink (2008), ciblant 29 études ( $n = 1844$ ), appuie l'efficacité de la rétroaction vidéo sur le développement adaptatif de l'enfant et les attitudes et comportements parentaux. L'étude de Moss et al. (2011) a examiné les effets d'une intervention de huit rencontres à domicile utilisant la rétroaction vidéo auprès de dyades parent-enfant québécoises ( $n = 67$ ) qui bénéficiaient de services de la Direction de la protection de la jeunesse pour motif de maltraitance. Les dyades étaient réparties

aléatoirement dans le groupe d'intervention et le groupe de contrôle. Les résultats révèlent des effets positifs sur la sensibilité parentale, la sécurité d'attachement de l'enfant et les symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants d'âge préscolaire (Moss et al., 2011). Une amélioration significative de la FRP a aussi été observée à la suite de programmes qui utilisaient la rétroaction vidéo chez des populations à risque, soit auprès de mères américaines ( $n = 47$ ) ayant eu recours à une psychothérapie mère-enfant dans un contexte de services pour dépendance à des substances (Suchman et al., 2010), et auprès de mères américaines ( $n = 32$ ) ayant un trouble de stress post-traumatique en lien avec des expériences passées de violence ayant bénéficié d'une intervention brève expérimentale (Schechter et al., 2006). Compte tenu des facteurs de risque affectant les mères et les enfants des Premières Nations, comme la communauté Mohawk de Kahnawake, la rétroaction vidéo pourrait être une avenue prometteuse pour favoriser l'émergence des effets positifs liés au programme COS-P.

Effectivement, il est cliniquement démontré que le programme COS-P peut être bénéfique vis-à-vis plusieurs facteurs, dont la FRP (Kohlhoff et al., 2016; Lemieux & Bisailon, en préparation; Maxwell et al., 2021; Navarro & Bisailon, 2017; Richard-Fortier & Bisailon, 2016; Rostad, 2014).

### **Suggestion de recherches futures**

Différentes pistes de recherches sont proposées en regard de la documentation scientifique et des résultats de la présente étude. Des recherches demeurent à réaliser afin d'étudier davantage les effets du programme COS-P et les populations susceptibles d'en

bénéficier. À cet effet, il pourrait être pertinent d'utiliser d'un échantillon plus grand pour favoriser la généralisation des résultats, d'intégrer un groupe de contrôle afin de pouvoir attribuer les effets observés au programme, le cas échéant, et d'inclure une mesure de relance afin d'observer les effets à plus long terme. En effet, Rostad (2014) suggère la possibilité d'un délai avant l'émergence des effets de COS-P auprès de populations à risque. L'examen des facteurs modérateurs des effets du programme COS-P pourrait être bénéfique afin de favoriser les progrès thérapeutiques et afin de préciser la portée clinique du programme pour son implantation. Enfin, auprès des communautés des Premières Nations, il est important de privilégier des méthodes qualitatives, culturellement sensibles, comparativement à des mesures standardisées et des études quantitatives.

### **Implications cliniques**

Les résultats de la présente étude suscitent des réflexions quant aux retombées cliniques du programme COS-P. Il semble qu'un élément important à considérer soit la coparentalité, ce qui impliquerait d'offrir le programme aux deux parents plutôt que seulement à la mère. Ceci s'avère d'autant plus pertinent compte tenu que deux des mères à l'étude rapportent un manque de soutien conjugal, ce qui peut avoir pour effet d'augmenter le stress parental vécu et ainsi potentiellement entraver le développement de la FRP, qui est une cible du programme COS-P. L'importance d'inclure les pères dans les services thérapeutiques est de plus en plus reconnue, étant donné notamment que cela favorise leur implication dans la vie de leur enfant, ce qui est bénéfique pour le développement et le bien-être de celui-ci (Baum, 2017). Également, l'inclusion du père dans l'intervention peut favoriser la motivation de la mère dans sa participation au

programme et également au quotidien dans la mise en œuvre de nouvelles habiletés parentales (Stolk et al., 2008), dans un effort de concertation où les parents peuvent ainsi mieux faire équipe comme parents (Breton et al., 2009). La méta-analyse de 70 études de Bakermans-Kranenburg et al. (2003) suggère que l'engagement du père dans des interventions ciblant à augmenter la sensibilité parentale est associé à davantage de résultats positifs que seulement avec la participation de la mère. Il est ainsi important de considérer la triade mère-père-enfant afin de mieux prendre en compte la dynamique familiale et mieux orienter l'intervention à privilégier (Dickie & Gerber, 1980). Par ailleurs, la présente étude corrobore le fait qu'il est ardu de travailler et d'actualiser la FRP en contexte de stress puisque les capacités réflexives sont alors atteintes. Néanmoins, il demeure important de continuer à cibler la FRP au sein des programmes puisqu'elle représente un facteur de protection important, particulièrement en contexte à risque.

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude pilote présente certaines forces. À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui examine les effets du programme COS-P auprès de dyades mère-enfant Mohawks. De plus, les analyses descriptives effectuées permettent d'explorer de façon individualisée les facteurs ayant contribué à l'évolution des participantes.

L'étude comporte toutefois plusieurs limites. Le petit échantillon restreint de façon importante la généralisation des résultats. Aussi, l'absence de mesure de relance ne permet pas d'observer les effets du programme COS-P à plus long terme. De plus, ce programme COS-P a été dispensé seulement à des mères et n'inclut donc pas les pères. Enfin, la

présente étude ne réfère pas aux effets du programme auprès des enfants des mères, particulièrement au plan de l'attachement. Ces effets sont plutôt traités au sein d'un autre volet (Robert & Bisailon, en préparation).

## **Conclusion**

La présente étude pilote avait pour objectif d'explorer les effets potentiels du programme COS-P sur la FRP et les représentations maternelles, quant à l'enfant, à soi comme parent et à la relation parent-enfant, auprès de mères d'enfants d'âge préscolaire de la communauté Mohawk de Kahnawake. Les résultats montrent une amélioration de la FRP chez une participante et une diminution de la FRP chez deux participantes. Au niveau des représentations maternelles, la majorité des résultats se situe dans la norme aux deux temps de mesure. Il n'est donc pas possible de statuer sur la présence de réelles différences puisqu'il est généralement attendu que des résultats dans la norme varient au fil du temps. Malgré les résultats qui ne permettent pas de confirmer les hypothèses de recherche, des réflexions cliniques importantes se dégagent de l'étude.

En effet, les analyses descriptives réalisées afin d'examiner l'évolution des participantes par rapport à elles-mêmes soulèvent la présence de facteurs individuels pouvant influencer sur les effets du programme. En lien avec le niveau de stress, les événements de vie négatifs, la perception de soutien social et conjugal, ainsi que le degré d'intégration des expériences traumatiques passées font partie de ces facteurs individuels qui sont possiblement liés à l'efficacité du programme COS-P chez les participantes de la présente étude. Il importe par ailleurs de considérer les facteurs individuels afin de cerner la portée clinique du programme COS-P et d'adapter le programme en fonction de ces caractéristiques, particulièrement auprès de populations à risque. Les interventions



thérapeutiques individualisées et l'offre d'un soutien social à plus long terme pourraient être particulièrement bénéfiques chez celles-ci. Ainsi, le programme COS-P, conçu pour des populations à faible risque, pourrait possiblement être bonifié pour des populations à risque par l'inclusion de la rétroaction vidéo pour chacune des dyades et par l'ajout de services psychosociaux complémentaires. L'étude soulève également une réflexion clinique quant à l'implication des pères dans les interventions psychosociales, qui se centrent généralement sur les mères. La coparentalité est un élément important à considérer étant donné ses bénéfices sur le développement de l'enfant, sur la paternité ainsi que sur la relation entre les parents (Baum, 2017; Breton et al., 2009).

De nombreuses retombées cliniques se dégagent de la présente étude. Toutefois, il importe de considérer la petite taille d'échantillon, qui limite grandement la généralisation des résultats. Il s'agissait néanmoins de la première étude s'intéressant aux effets du programme COS-P chez des dyades mère-enfant de la communauté Mohawk de Kahnawake. D'autres recherches sont nécessaires afin de poursuivre l'examen des effets du programme COS-P, considérant le peu d'études empiriques réalisées malgré la pertinence clinique démontrée. Pour ce faire, il est essentiel de considérer l'utilisation de méthodes de recherche culturellement sensibles auprès des Premières Nations.

Il importe en outre de constater la difficulté de favoriser la FRP dans un contexte où l'individu vit un niveau de stress important. Le stress entrave les capacités réflexives essentielles à la formation d'une base de sécurité pour l'enfant. Or, la FRP est au cœur de la relation parent-enfant. La présente étude appuie l'importance d'intégrer le développement de la FRP au sein des cibles des programmes d'intervention considérant

ses effets protecteurs sur le parent et sur l'enfant, et ce, particulièrement chez les populations à risque. Le programme COS-P s'inscrit dans cette visée afin d'optimiser le bien-être des familles en contexte de vulnérabilité en s'appuyant sur la relation parent-enfant, à la fois en soutenant le parent dans son rôle et en favorisant l'adaptation de l'enfant. Le programme COS-P s'accorde ainsi avec les objectifs de services en santé mentale du MSSS, qui reconnaît l'importance de services aux familles à risque, particulièrement en petite enfance (MSSS, 2017). La présente étude met en lumière la pertinence du programme COS-P dans la poursuite de cette mission sociale.

## Références

- Aber, J. L., Belsky, J., Slade, A., & Crnic, K. (1999). Stability and change in maternal representations of their relationship with their toddlers. *Developmental Psychology*, 35, 1038-1048.
- Aber, L., Slade, A., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (1985). *The Parent Development Interview*. Document inédit, Department of Psychology, Barnard College, NY.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3<sup>e</sup> éd.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. G. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London, UK: Karnac.
- Allen, J. G., Bleiberg, E., & Hasslam-Hopwood, G. T. G. (2003). *Mentalizing as a compass for treatment*. Houston, TX: The Menninger Clinic.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Atkinson, L., & Goldberg, S. (2004). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Baum, N. (2017). Gender-sensitive intervention to improve work with fathers in child welfare services. *Child and Family Social Work*, 22(1), 419-427.

- Beijersbergen, M. D., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2012). Remaining or becoming secure: Parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Developmental Psychology*, 48(5), 1277-1282.
- Berlin, L. J. (2005). Interventions to enhance early attachments: The state of the field today. Dans L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M.T. Greenberg (Éds). *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 3-35). New York, NY: Guilford Press.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M., & Domenech Rodriguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Dumas, J. E. (1996). Discriminant validity of the parent and child scales of the Parenting Stress Index. *Early Education and Development*, 7(2), 167-178.
- Bigras, M., & Lafrenière, P. J. (1994). L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 26(2), 280-297.
- Bisaillon, C. (2017). *Sociodemographic questionnaire*. Document inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, QC.
- Boksa, P., Joober, R., & Kirmayer, L. J. (2015). Mental wellness in Canada's Aboriginal communities: Striving toward reconciliation. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(6), 363-365.
- Boursier, A. (2000). Aspects linguistiques de la preuve par tradition orale en droit autochtone. *Les Cahiers de droit*, 41(2), 403-421.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1, Attachment*. New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2, Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3, Loss*. New York, NY: Basic Books.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-251.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 5, 759-775.
- Bretherton, I. (2013). Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity. *Attachment and Human Development*, 15(5-6), 460-484.
- Breton, S., Puentes-Neuman, G., Paquette, D., Noël-Gaudreault, M., Raïche, G., Plessis-Bélair, G., & Rousseau, N. (2009). La formation parentale au masculin pour l'inclusion des pères dans les programmes d'intervention précoce. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(1), 191-209.
- Cassidy, J., Brett, B., Gross, J., Stern, J., Martin, D., Mohr, J., & Woodhouse, S. (2017). Circle of Security Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. *Development and Psychopathology*, 29(2), 651-673.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649.
- De Wolff, M., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591.
- Dickie, J. R., & Gerber, S. C. (1980). Training in social competence: The effect on mothers, fathers, and infants. *Child Development*, 51(4), 1248-1251.
- Egeland, B., & Farber, E. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55, 753-771.

- Émond-Bouchard, M., & Bisailon, C. (en préparation). *Le Cercle de sécurité parental : évaluation de ses effets sur des dyades mère-enfant d'âge préscolaire* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec.
- Esbjörn, B. H., Pedersen, S. H., Daniel, S. F., Hald, H. H., Holm, J. M., & Steele, H. (2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: Examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview based reflective functioning in mothers and fathers. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 394-407.
- Feurer, H. (1991). Attitudes langagières de la communauté Mohawk de Kahnawake et leur impact sur l'emploi du mohawk de 1971 à 1990. *Revue québécoise de linguistique*, 20(2), 249-260.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy, *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3-42). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. Dans S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Éds), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 223-279). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87-114.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention, the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.

- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning Manual, Version 5.0., for Application to Adult Attachment Interviews*. London, UK: University College London.
- Frodi, A., Grolnick, W., & Bridges, L. (1985). Maternal correlates of stability and change in infant-mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 6, 60-67.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.
- Gouvernement du Canada. (2013). Aboriginal Demographics and Well-Being. Repéré à [https://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ-AI/STAGING/texte-text/rs\\_re\\_pubs\\_demograph\\_wellbeing\\_PDF\\_1358863272403\\_eng.pdf](https://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ-AI/STAGING/texte-text/rs_re_pubs_demograph_wellbeing_PDF_1358863272403_eng.pdf)
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving. *Attachment and Human Development*, 7, 299-311.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610.
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the Parenting Stress Index – Short Form. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 35(2), 302-312.
- Hoffman, K., Cooper, G., & Powell, B. (2017). *Raising a secure child. How Circle of Security Parenting can help you nurture your child's attachment, emotional resilience, and freedom to explore*. New York, NY: Guilford Press.
- Horton, G. E. (2013). *The impact of the Circle of Security Parenting program on mothers in residential substance abuse treatment: An action research study*. Greensboro, NC: The University of North Carolina.
- Huber, A., McMahon, C. A., & Sweller, N. (2015). Efficacy of the 20-week Circle of Security Intervention: Changes in caregiver reflective functioning, representations, and child attachment in an Australian clinical sample. *Infant Mental Health Journal*, 36(6), 556-574.



- Huber, A., McMahon, C. A., & Sweller, N. (2016). Improved parental emotional functioning after Circle of Security 20-week parent–child relationship intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2526-2540.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kariuki, S. M., Abubakar, A., Murray, E., Stein, A., & Newton, C. C. (2016). Evaluation of psychometric properties and factorial structure of the pre-school Child Behavior Checklist at the Kenyan Coast. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 101-110.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607-616.
- Kohlhoff, J., Stein, M., Ha, M., & Meiaha, K. (2016). The Circle of Security Parenting (COS-P) Intervention: Pilot evaluation. *Australian Journal of Child and Family Health Nursing*, 13, 3-7.
- Lemieux, N., & Bisaillon, C. (en préparation). *Évaluation des effets de l'intervention Cercle de sécurité parental sur des mères d'enfants d'âge préscolaire* (Mémoire doctoral inédit). Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec.
- L'Encyclopédie Canadienne. (2016). Rafle des années soixante. Repéré à <http://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sixties-scoop/>
- L'Encyclopédie Canadienne. (2019). Premières Nations. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/premieres-nations>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éds), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

- Manusco, T. (2018). Native Indian youth with substance-abusing parents: Implications of history. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 18(2), 222-229.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment and Human Development*, 4(1), 107-124.
- Maxwell, A., McMahon, C., Huber, A., Reay, R. E., Hawkins, E., & Barnett, B. (2021). Examining the effectiveness of Circle of Security Parenting (COS-P): A multi-site non-randomized study with waitlist control. *Journal of Child and Family Studies*, 30(6), 1123-1140.
- McQuaid, R. J., Bombay, A., McInnis, O. A., Humeny, C., Matheson, K., & Anisman, H. (2017). Suicide ideation and attempts among First Nations people living on-reserve in Canada: The intergenerational and cumulative effects of Indian residential schools. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(6), 422-430.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.
- Navarro, J., & Bisailon, C. (2017). *Évaluation des effets du programme Circle of Security Parenting sur des mères et leur enfant d'âge préscolaire : phase de relance* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.
- Norbeck, J. S. (1984). Modification of recent life event questionnaires for use with female respondents. *Research in Nursing and Health*, 7, 61-71.

- Pedersen, P. (2004). The multicultural context of mental health. Dans T. B. Smith (Éds), *Practicing Multiculturalism: Affirming Diversity in Counseling and Psychology* (pp.17-32). Boston, MA: Pearson Education.
- Perrett, F., Spies, R., & Dolby, R. (2015). Enhancing familial mental health through parental reflection and education: Circle of Security Program. Dans Australian and New Zealand Mental Health Association (Éds), *Proceedings of 16th International Mental Health Conference* (pp. 47-56). Repéré à <https://mentalhealthaustralia.org.au/wp-content/uploads/2015/10/bop15.pdf>
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. S. (2009). The Circle of Security. Dans C. H. Zeanah (Éds), *Handbook of infant mental health* (pp. 23-36). New York, NY: Guilford Press.
- Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194(4269), 1013-1020.
- Reitman, D., Currier, R. O., & Stickle, T. R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 384-392.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467.
- Richard-Fortier, Z., & Bisaillon, C. (2016). *Évaluation des effets de l'intervention Circle of Security Parenting auprès de mères d'enfants d'âge préscolaire : une étude pilote* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec.
- Robert, J., & Bisaillon, C. (en préparation). *Effets du programme Cercle de sécurité parental sur l'attachement et les précurseurs de mentalisation d'enfants d'âge préscolaire de la communauté Mohawk de Kahnawake : une étude pilote* (Mémoire doctoral inédit). Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec.
- Rosenblum, K. L., McDonough, S., Sameroff, A., & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behaviour. *Infant Mental Health Journal*, 29, 362-376.

- Rostad, W. L. (2014). *Examining the effectiveness of the Circle of Security Parenting DVD program* (Thèse de doctorat inédite). The University of Montana, Missoula, MT.
- Rotenberg, C. (2016). Les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve. Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-fra.htm>
- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 391-405.
- Sadler, L. S., Slade, A., & Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 271-288). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Schechter, D., Myers, M., Brunelli, S., Coates, S., Zeanah, C., Davies, M., ... Liebowitz, M. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of video feedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27, 429-447.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17, 737-754.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269-281.
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.

- Slade, A., Bernbach, E., Grienberger, J., Levy, D., & Locker, A. (2004). *Addendum to Fonagy, Target, Steele, & Steele reflective functioning scoring manual for use with the Parent Development Interview*. Document inédit, The City College and Graduate Center of the City University of New York, NY.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7, 283-292.
- Smith, J. D., Dishion, T. J., Moore, K. J., Shaw, D. S., & Wilson, M. N. (2013). Effects of video feedback on early coercive parent-child interactions: The intervening role of caregivers' relational schemas. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(3), 405-417.
- Steele, M., Henderson, K., Hodges, H., Kaniuk, J., Hillman, S., & Steele, H. (2007). In the best interests of the late-placed child: A report from the attachment representations and adoption outcome study. Dans P. Fonagy, L. Mayes & M. Target (Éds), *Developmental Science and Psychoanalysis* (pp.159-192). London, UK: Karnac.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M., Bonuck, K., ... Murphy, A. (2014). Looking from the outside in: The use of video in attachment-based interventions. *Attachment and Human Development*, 16(4), 402-415.
- Stolk, M. N., Mesman, J., van Zeijl, J., Alink, L. R. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., ... Koot, H. M. (2008). Early parenting intervention aimed at maternal sensitivity and discipline: A process evaluation. *Journal of Community Psychology*, 36(6), 780-797.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.
- Statistique Canada. (2017). Profil du recensement, Recensement de 2016. Ottawa. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dppd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Step by Step Child and Family Center. (n.d.). Who we are. Repéré à <https://www.stepxstep.ca/who-we-are.html>
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers program, an attachment-based

parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment and Human Development*, 12, 483-504.

Titley, E. B. (1986). *A narrow vision: Duncan Campbell Scott and the administration of Indian affairs in Canada*. Vancouver, BC: University of British Columbia.

Yaholkoski, A., Hurl, K., & Theule, J. (2016). Efficacy of the Circle of Security Intervention: A meta-analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 15(2), 95-103.

Zeegers, M. A. J., Colonnese, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245-1272.

**Appendix A**  
*Parent Development Interview – Revised (PDI-R)*

**Ce document a été retiré pour respect du droit d'auteur.**



**Appendice B**  
Système de cotation de la FRP

Score général de FRP	Qualificatif	Critères
-1	Fonction réflexive négative	Les réponses rencontrent au moins une de ces caractéristiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- contre-réflexives (p.ex., hostilité, réponses activement évasives);</li> <li>- bizarres;</li> <li>- inappropriées dans le contexte de l'entrevue.</li> </ul>
0		Discours désorganisé, dénégarion, défaillance dans le raisonnement, réponses défensives.
1	Absence de FRP	Les réponses : <ul style="list-style-type: none"> <li>- sont passives plutôt qu'activement évasives;</li> <li>- sont accompagnées de peu ou de pas d'hostilité;</li> <li>- ne contiennent pas de référence à des états mentaux.</li> </ul> Les réponses peuvent inclure des : <ul style="list-style-type: none"> <li>- explications défensives (p.ex., dénégarion);</li> <li>- distorsions égocentriques.</li> </ul>
2		Références vagues ou non explicites aux états mentaux.
3	Fonction réflexive limitée	Les réponses : <ul style="list-style-type: none"> <li>- contiennent des références aux états mentaux, sans élaboration ou éléments explicites faisant état d'une compréhension de ce qui les sous-tend;</li> <li>- peuvent paraître clichées ou superficielles.</li> </ul>
4		Les liens entre les états mentaux sont rudimentaires ou peu explicites.
5	Fonction réflexive ordinaire	Les réponses contiennent au moins un indice de FR. Les réponses : <ul style="list-style-type: none"> <li>- contiennent certains éléments démontrant une capacité réflexive de façon explicite;</li> <li>- ne sont pas clichées, sans pour autant être sophistiquées.</li> </ul>
6		Les réponses sont davantage explicites et élaborées qu'un score de 5, mais ne rencontrent pas les critères d'un score 7.
7	Fonction réflexive marquée	Les réponses contiennent au moins deux indices de FR. Les réponses rencontrent au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- originales;</li> <li>- complexes, élaborées;</li> <li>- les états mentaux sont présentés en une séquence causale (p. ex., lien avec les comportements);</li> <li>- perspective interactionnelle des états mentaux (influence des états mentaux d'un individu sur un autre);</li> <li>- lorsqu'une situation douloureuse est reconnue, les pensées et sentiments sont décrits de façon appropriée.</li> </ul>

8		Les réponses rencontrent les critères pour un score de 7 et seulement un des deux critères pour un score de 9.
9	Fonction réflexive excellente	<p>Les réponses rencontrent les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ont les critères d'un score 7, associées à un thème chargé sur le plan émotionnel ou avec un niveau réflexif élevé ;</li> <li>- démontrent une conscience élevée de l'interaction d'aspects importants chez les individus (p. ex., interaction des états mentaux, liens de causalité élaborés).</li> </ul>

**Appendice C**  
Indices de FRP d'un niveau modéré à élevé

<p><b>A) Conscience de la nature des états mentaux</b></p>	<p>Opacité des états mentaux. Possibilité de dissimuler les états mentaux. Reconnaissance des limites de l'introspection. Les états mentaux sont liés à un jugement normatif approprié. Conscience de la nature défensive de certains états mentaux.</p>
<p><b>B) Effort explicite pour faire ressortir les états mentaux sous-tendant les comportements</b></p>	<p>Attributions justes d'états mentaux à soi-même ou à autrui (en relation avec les comportements). Reconnaissance que les sentiments peuvent ne pas être liés aux aspects observables. Reconnaissance des différentes perspectives. Prise en compte de ses propres états mentaux pour interpréter les comportements d'autrui. Évaluer les états mentaux selon leur impact sur les comportements ou ses propres états mentaux et ceux d'autrui. Remaniement des pensées à propos des états mentaux.</p>
<p><b>C) Reconnaissance des aspects développementaux des états mentaux</b></p>	<p>Prendre une perspective intergénérationnelle en faisant des liens entre les générations. Prendre une perspective développementale. Revoir ses pensées et émotions à propos de son enfance à la lumière de la compréhension acquise depuis. Considérer les changements des états mentaux entre le passé, le présent et le futur. Considérer les processus transactionnels entre le parent et l'enfant. Comprendre les facteurs développementaux qui déterminent la régulation des affects. Conscience des dynamiques familiales.</p>
<p><b>D) États mentaux en lien avec l'interviewer</b></p>	<p>Reconnaissance du fait que son esprit et celui d'autrui sont distincts. Savoir non supposé. Accordage émotionnel.</p>

**Appendice D**  
*Parental Stress Index – Short Form (PSI-SF)*

**Ce document a été retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendix E**  
*Child Behavior Checklist (CBCL)*



**Ce document a été retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice F**  
*Life Events Questionnaire (LEQ)*

**Ce document a été retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice G**  
Questionnaire sociodémographique

## SOCIODEMOGRAPHIC QUESTIONNAIRE

Id : \_\_\_\_\_ (do not write here)

### 1. HOUSEHOLD

(including yourself and the child that participates)

For each person, specify the family tie with the child that participates in this research.

FAMILY TIE	GENDER	DATE OF BIRTH
Mother		_____
Father		_____
Child participant	_____	_____
Other: _____	_____	_____
Other: _____	_____	_____
Other: _____	_____	_____

### 2. RESIDENCE

Are you owner \_\_\_\_\_ or tenant \_\_\_\_\_ of your residence?

How long have you been living at this address: \_\_\_\_\_

How many times have you moved in the last 5 years: \_\_\_\_\_

### 3. CIVIL STATUS

Married \_\_\_\_\_

Common law \_\_\_\_\_

Remarried \_\_\_\_\_

Divorced \_\_\_\_\_

Separated \_\_\_\_\_

Widowed \_\_\_\_\_

Precisions or comments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Id: \_\_\_\_\_ (do not write here)

#### 4. STUDIES

Circle the **highest level of education completed**:

##### MOTHER

Primary 1 2 3 4 5 6

Secondary 1 2 3 4 5 6

College 1 2 3

University 1 2 3

Last diploma delivered \_\_\_\_\_

##### FATHER

Primary 1 2 3 4 5 6

Secondary 1 2 3 4 5 6

College 1 2 3

University 1 2 3

Last diploma delivered \_\_\_\_\_

#### 5. OCCUPATION

Indicate the most precisely possible your **main occupation**:

(ex.: college student, social-welfare beneficiary, receptionist at a car dealer, owner of a hardware shop, etc.)

MOTHER: \_\_\_\_\_

NUMBER OF DAYS/WEEK: \_\_\_\_\_

FATHER: \_\_\_\_\_

NUMBER OF DAYS/WEEK: \_\_\_\_\_

Indicate your **secondary occupation** if you have one:

(ex. a 2<sup>nd</sup> job, volunteering)

MOTHER: \_\_\_\_\_

NUMBER OF DAYS/WEEK: \_\_\_\_\_

FATHER: \_\_\_\_\_

NUMBER OF DAYS/WEEK: \_\_\_\_\_

#### 6. FAMILY INCOME

Indicate your **gross annual family income** (before taxes and deductions):

Moins de 10 000 \_\_\_\_\_

40 000 - 49 999 \_\_\_\_\_

10 000 – 19 999 \_\_\_\_\_

50 000 – 74 999 \_\_\_\_\_

20 000 – 29 999 \_\_\_\_\_

75 000 – 99 999 \_\_\_\_\_

30 000 – 39 999 \_\_\_\_\_

100 000 et plus \_\_\_\_\_

## **Appendice H**

Résumé des chapitres du programme Cercle de sécurité parental

## Chapitres du programme COS-P

Chapitre 1	<b>Introduction au cercle de sécurité :</b> <i>Dans le cadre du premier chapitre, les parents apprennent à considérer l'animateur comme une base de sécurité qui leur permet d'explorer le rôle de parent en toute sécurité et de manière enrichissante. Pour le deuxième objectif, on présente le concept du Cercle de sécurité pour apprendre aux parents que ce type de Cercle est toujours présent dans la vie des parents et des enfants.</i>
Chapitre 2	<b>Explorer les besoins de nos enfants :</b> <i>Un des objectifs du programme est d'augmenter les habiletés d'observation et de déduction des parents (Observer et deviner). En décrivant un comportement, on apprend à distinguer les moments de "besoin" qui se manifestent dans le Cercle. Ce chapitre vise à monter aux parents que les enfants observent attentivement leurs parents pour déterminer s'ils vont explorer leur univers ou venir chercher du réconfort.</i>
Chapitre 3	<b>Être ensemble dans le cercle :</b> <i>Objectifs principaux : - Montrer aux parents comment les enfants développent une base émotionnelle solide quand ils ont une relation avec le parent où l'on peut parler de ses sentiments. – Montrer aux parents qu'on apprend uniquement à gérer ses émotions dans le contexte d'une relation et que ceci est très important pour la sécurité d'attachement. – Montrer aux parents qu'« être ensemble » n'est pas une technique, mais plutôt un état d'esprit ou une attitude d'empathie envers ses enfants.</i>
Chapitre 4	<b>Être ensemble dans le cercle avec nos bébés :</b> <i>Montrer que les relations sont aussi importantes pour les bébés que pour les adultes, sans effrayer les parents en sous-entendant qu'ils doivent être présents à tout moment et à tout prix. – Apprendre aux parents une façon simple d'accompagner leurs enfants au niveau de leurs variations en termes d'attention et d'émotion. – Montrer que les notions « bien/pas bien » et d'« aller/retour » constituent le fondement de la sécurité d'attachement. – Indiquer que les nourrissons ont besoin de notre soutien continu pour apprendre à organiser leurs émotions.</i>
Chapitre 5	<b>La voie vers la sécurité :</b> <i>Chapitre de transition où les parents doivent s'observer eux-mêmes après avoir observé leurs enfants dans les chapitres précédents. L'animateur aborde des questions qui créent un sentiment de vulnérabilité chez les parents. L'animateur doit savoir reconnaître les réactions des parents qui provoquent sa propre « musique de requin ». En reconnaissant que certains commentaires peuvent nous mettre sur la défensive, nous sommes plus en mesure d'être bienveillant et aider les parents à se sentir en sécurité.</i>
Chapitre 6	<b>Explorer nos difficultés :</b> <i>- Aider les parents à reconnaître qu'ils doivent être les « Mains » dans le Cercle, c'est à dire plus grands, plus forts, plus sages et bienveillants. – Promouvoir un sentiment de sécurité chez les parents afin qu'ils puissent parler des aspects vulnérables de leurs relations avec leur enfant. – Aider les parents à comprendre et à accepter qu'il n'est jamais trop tard et que l'important est de prendre conscience de ces dynamiques. – Aider les parents à reconnaître où ils vivent des difficultés pour en parler, afin de voir les choses différemment et agir autrement à l'avenir.</i>



Chapitre 7	<b>Les ruptures et les réparations :</b> - <i>Favoriser l'empathie chez les parents à l'effet que si leurs enfants ont des comportements problématiques, c'est leur façon de demander de l'aide pour gérer leurs besoins fondamentaux d'attachement. – Aider les parents à comprendre que la rupture se fait quand les parents quittent le Cercle et non les enfants. – Aider les parents à comprendre que la réparation se fait quand les parents reviennent dans le Cercle et offrent leur soutien pour répondre aux besoins de leurs enfants.</i>
Chapitre 8	<b>Résumé et célébrations :</b> - <i>Célébrer tout ce que les parents ont appris. – Faire un résumé et répondre aux questions. – Donner aux parents l'occasion de faire un retour sur leur expérience.</i>

**Appendice I**  
Formulaire de consentement

## **B. - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

REFERENCE : [Guide de rédaction du formulaire de consentement](#)



### **RESEARCH INFORMATION AND CONSENT FORM** (Intervention group)

You are invited to participate in a research project. This document describes the project's procedures. Please contact the principal investigator, Claud Bisaillon, if you wish to participate. Feel free to contact her also if you have any questions at this time.

To take part in the project, you will be required to sign the consent section at the end of this document. If you choose to participate; a signed and dated copy will then be available for you. You will be able at that moment also to ask any questions about the project or procedures.

#### **Project Title**

Evaluation of the effects of an attachment based parental program aimed at promoting a secure attachment in preschoolers – First Nations mothers of the Kahnawake community (Quebec).

#### **Principal Investigator**

Claud Bisaillon, Ph. D., professor at the Department of Psychology of Université de Sherbrooke. For more information, you may contact the researcher by phone at 450-463-1835, extension 61691, or by email at [claud.bisaillon@USherbrooke.ca](mailto:claud.bisaillon@USherbrooke.ca).

#### **Research Project Funding**

This project is partially funded by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC). These funds mainly cover the expenses for supplies and research assistants.

#### **Purpose of the Research Project**

The objective of this project is to assess the effects of the Circle of Security-Parenting (COS-P) Program on mothers and their preschool children.

#### **Study Procedures**

You are being invited to take part in this research study because you will participate in the COS-P program as a mother of the SBS. Your participation requires taking part on three separate occasions (before, after and again 12 months after the program) in a semi-structured interview with a research assistant, filling out questionnaires about your 1) sociodemographic situation 2) life events 3) perception of yourself as a parent and of your child, and taking part in a videotaped play procedure with your child. This will take approximately 3 hours of your time on each occasion. The interview will be audiorecorded and the play procedure will be videotaped in order to allow the subsequent analyses.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_  
Version datée du 21 juin 2017

### **Potential Benefits**

By participating in this project, you will contribute to the advancement of knowledge in the field of attachment based interventions. You will also develop a deeper knowledge of yourself as a parent and of your child's relational needs.

### **Potential Risks and Inconveniences**

Your participation should not involve any significant inconveniences, other than taking up some of your time.

### **Voluntary Participation and Withdrawal from the Study**

Your participation in this research project is voluntary. Therefore, you may refuse to participate. You may also withdraw from the project at any time, without giving any reason, by informing a member of the research team.

If you withdraw from the study, do you ask that the audio or written documents pertaining to you be destroyed?

YES ☐ NO ☐

In this eventuality, the researcher will validate your preferences regarding data destruction.

### **Financial Compensation**

You will not receive financial compensation for participating in this research study.

### **Confidentiality, Sharing, and Publications**

During your participation in this study, the research team will collect and record information about you in a study file. They will only collect information required to meet the scientific goals of the study.

All the information collected during the research project will remain strictly confidential to the extent provided by law. To protect your privacy, your information will be identified with a code number. The key that links your identity to that code number will be kept securely by the research team.

The study investigator will use these data for research purposes in order to meet the scientific objectives of the study as described in this information and consent form.

The data may be published or shared during scientific meetings; however it will not be possible to identify you. You will be informed by email of the study results or publications.

For monitoring purposes, your research file may be examined **by representatives of the institution or the Research Ethics Board. All these individuals and organizations adhere to policies on confidentiality.**

Initiales du participant : \_\_\_\_\_  
Version du 19 juillet 2017

**Secondary use of data**

The data from this study may be used for another research project. In this eventuality, if the other research project does not require any additional participation, do you authorize the research team to use this data?

YES ☐ NO ☐ Participant's initials: \_\_\_\_\_

It is not necessary to agree to such use of the data to participate in this research project.

**Further studies**

I authorize the person in charge of this research study to communicate with me directly to ask if I am interested in participating in other research

YES ☐ NO ☐ Participant's initials: \_\_\_\_\_

It is not necessary to agree to such use of the data to participate in this research project.

**Control of the ethical aspects of the research project**

The Research Ethics Board - Lettres et sciences humaines of the Université de Sherbrooke approved this research and is responsible for the monitoring of the study.

You may discuss any ethical issues related to the conditions of your participation in this project with the person in charge of the project, or address your concerns to Mr Olivier Laverdière, Chair of the Research Ethics Board – Lettres et sciences humaines of the Université de Sherbrooke, by contacting the committee coordinator by phone at 450-463-1835 (1-800-267-8337) extension 62644, or by email at cer\_lsh@USherbrooke.ca.

**Signature of the participant**

I have reviewed the information and consent form. Both the research study and the information and consent form were explained to me. My questions were answered, and I was given sufficient time to make a decision. After reflection, I consent to participate in this research study in accordance with the conditions stated above.

Signature of the participant: \_\_\_\_\_

Signed in \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_ 20\_\_

**Commitment of the principal investigator**

I certify that this information and consent form were explained to the research participant, and that the questions the participant had were answered.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_  
Version du 19 juillet 2017

I undertake, together with the research team, to respect what was agreed upon in the information and consent form, and to give a signed and dated copy of this form to the research participant.

Claud Bisaillon

\_\_\_\_\_  
Name of the principal investigator

\_\_\_\_\_  
Signature      Date

**Signature of the person obtaining consent**

I have explained the research project and the terms of this information and consent form to the research participant, and I answered all his/her questions.

\_\_\_\_\_  
Name of the person obtaining consent

\_\_\_\_\_  
Signature      Date

**Appendice J**  
Approbation éthique du projet de recherche

Sherbrooke, le 21 février 2020

Mme Claud Bisaillon  
Professeure  
FLSH Psychologie  
Université de Sherbrooke

**N/Réf. 2015-1345, 2015-87-LSH/Bisaillon**

**Objet : Renouvellement de l'approbation éthique de votre projet de recherche**

Madame,

En référence à votre projet de recherche intitulé « **Évaluation d'une intervention parentale visant à favoriser un attachement sécurisant chez des enfants d'âge préscolaire** », le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a le plaisir de vous informer que l'approbation éthique de votre projet est **renouvelée**. Les documents suivants ont été examinés :

- Formulaire de suivi annuel (Suivi annuel - F5-LSH - 5227)

Cette approbation étant **valide jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2021**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet formulaire (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux et vous prie de recevoir, Madame, ses salutations distinguées.

M. Olivier Laverdière  
Président du CÉR - Lettres et sciences humaines  
Professeur au département de psychologie  
Faculté des lettres et sciences humaines

- c. c. Vice-décanat à la recherche  
Directeur ou directrice de recherche (le cas échéant)  
Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création (le cas échéant)